الجمهـــورية الجـــزائرية الديمقـــراطية الشعبيـــه

جامعة الجزائر

معهد علم النفس و علوم التربية

العلاج النفسي للصداع التوتري المزمن
تقييم فعالية نوعين من العلاج النفسي

رسالة ماجستير في علم النفس العيادي

اعداد :
حورية بلقسام
زوجة أحسن جاب الله

إشراف :
المشرف الأول . الدكتور عثمان يخلف
المشرف الثاني : الدكتورة امل معروف

السنة الجامعية : 1991 - 1992

نشهد بأننا أعضاء هيئة المناقشة ، أطلعنا على هذه الرسالة ، وقد ناقشنا الطالبة في محتوياتها ونعتقد أنها جديرة بالقبول بتقدير " مشرف جدا " مع توصية وطبع الرسالة ونشرها على نفقة الجامعة .

لنيل درجة الماجستير في علم النفس العيادي .

رئيس اللجنة :

- الدكتور رشيد مسيلي

أعضاء اللجنة:

- الدكتورة فاطمة الزهراء ساعي
- الدكتورة أمل معروف

الشكر

أتقدم بالشكر الخالص الى المشرف الدكتور عثمان يخلف الذي لم يبخل علي بتوجيهاته العلمية القيمة التي دعمت هذه الدراسة.

و المشرفة الدكتورة أمل معروف التي بذلت كل ما في وسعها من توجيهات و نصائح و اقتراحات إضافة الى تتبعها المستمر لي في مشواري هذا من البداية حتى النهاية ، كما أسجل شكري للدكتور سالم بوشان المختص في الطب النفسي لما بذل من وقت و مساعدة في انجاز هذا العمل.

و أذكر بالفضل و التقدير كل الأطباء المختصين و الزملاء و الزميلات وكل من ساعدني من قريب أو من بعيد ، كما لا أنسى كل أعضاء عائلتي حيث كنت دوما أجد لديهم كل العون و المساعدة و الصبر.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

مقدمة :

سيطرت الثنائية التي تقوم على الفصل بين الجسم والنفس لسنوات طويلة على تفكير الباحثين في العلوم الطبية والنفسية على السواء ، وجعلت البحوث العلمية أحادية المنحى يؤكد بعضها أهمية العوامل البيولوجية في نشوء المرض ويؤكد بعضها الآخر أهمية العوامل النفسية الإجتماعية وتمثل دراسات فرويد " Freud " وكانون " Cannon "وبافلوف " Pavlov " المنحى الذي يعتبر الأمراض ذات منشأ نفسي بالدرجة الأولى والتي قادت إلى تطور مفهوم السيكوسوماتية وانتشاره (ألكسندر " Alexander " 1950) و (مارتي " Marty " 1951) .

غير أن ظهور علم النفس الفيزيولوجي والطب السلوكي ساعد في بلورة تيار جديد يؤكد دور عوامل الضغط في تحديد الإستجابات الفيزيولوجية حيث بينت دراسات وولف عام 1947 ، كيف تتحدد العديد من الإستجابات الفيزيولوجية بالتعرض لضغوط نفسية معينة ، كما بينت منشورات سيلي عام 1956 التي قامت على تجارب مخبرية عديدة ، أن الضغط يقود إلى إستجابات فيزيولوجية محددة . وبينت دراسات عديدة أخرى أثر الإنفعالات على الناحية الجسمية وتعززت هذه العلاقة بكثير من الملاحظات الكلينيكية التي تجمعت على مر السنين .

وفي السنوات الأخيرة ظهرت زيادة ملحوظة في عدد الدراسات التي وضحت أثر العوامل السيكولوجية الظاهرة في نشوء عدد كبير من الأمراض الجسمية خصوصا بعد أن تم القضاء على الأمراض الوبائية ، وقدر البعض نسبة هذه الأمراض ، أي الأمراض الجسمية (ذات الأصول السيكولوجية) بـ 30 ٪ من مجموع الأمراض بينما قدرها بعضهم الآخر بـ 60 ٪ (باكال " BAKAL " ص 1 – 15) .

ومن خلال نتائج كل هذه الدراسات أصبحت الوحدة النفسية الجسمية للإنسان اليوم حقيقة قائمة نظرا للصلات الوثيقة بين الجانبين الجسمي والنفسي الإجتماعي .

ويمثل الصداع المزمن أحد هذه الأمراض ذات الأصول البيولوجية والنفسية الإجتماعية الأمر الذي جعل العلماء يهتمون بدراسة جانبه النفسي ويضعون له الخطط العلاجية المناسبة .

ولعل ما بينته دراسات هلرويد وجماعته " Holroyd & al " عام 1988 ودراسات بلانشارد وجماعته " Blanchard & al "عام 1990 حول تفوق العلاج النفسي (المعرفي السلوكي) على العلاج الصيدلاني يوضح كيف يقود التحسن في الجانب النفسي إلى نتائج إيجابية في الجانب الفيزيولوجي ، وهي وكد مرة أخرى أن لكل مرض جانب نفسي يجب الإهتمام به ، كما تؤكد الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض من جهة ، وتؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخلص من الصداع المزمن أو في الشفاء منه ، من جهة أخرى .

واستنادا إلى نتائج كل هذه الدراسات تم إختيار العلاج المعرفي السلوكي في البحث الحالي كمتغير مستقل في محاولة للتعرف على أثره في علاج الصداع المزمن .

وبمكا أن العلاج النفسي المستوحى من وجهة النظر التحليلية هو أكثر أنواع العلاج شيوعا في مجتمعنا حيث يقوم التكوين في جامعتنا عموما على وجهة النظر التحليلية وينطلق منها في وضع برامجه ، تم إختيار هذا النوع من العلاج في البحث الحالي ليكون متغيره المستقل الثاني في محاولة التعرف على أثره في الظاهرة المدروسة (الصداع) .

وتجدر الإشارة إلى أن البحث الحالي لا يهدف إلى مقارنة إفتراضات النماذج التي تقوم عليها هذه العلاجات ولا يبحث في إختبار صحتها بل يسعى إلى التعرف على أنواع التدخلات العلاجية التي تحقق الفعالية الأكبر في التخفيف من معاناة العميل دون تفضيل أحدها على الآخر .

وقام البحث بجوانبه الثلاثة – التشخيص والعلاج والتقييم – على التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد ، وعلى التصميم الدوري بالتحديد . وتمثلت أدوات البحث في المقابلة العيادية والمراقبة الذاتية ومقياس سبيلبرجر " Spielberger " للقلق ومقياس روزنبرغ " Rosenberg " لتقدير الذات ومقياس شيرير " Sherer " لفعالية الذات ومقياس بيك " Beck " للإكتئاب ، كل ذلك لتقييم مدى فعالية التدخلات العلاجية التي ذكرت سابقا .

أما عينة البحث فقد تكونت من (12) شخصا كلهم يعانون من الصداع التوتري المزمن الذي شخصه طبيب الأعصاب والطبيب النفسي . وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين تعرضت إحداهما للعلاج البؤري المستوحى من التحليل النفسي وتعرضت الأخرى إلى العلاج المعرفي السلوكي ، بعد أن حرصت الباحثة على احداث التماثل بين المجموعتين فيما يخص بعض المتغيرات مثل السن والجنس والمستوى الإقتصادي الإجتماعي والمستوى التعليمي والحالة المدنية .

ولعل هذا التناول الجديد في الدراسات الكلينيكية الجزائرية الذي يركز على تقييم فعالية التدخلات النفسية العلاجية يحدث التكامل بين البحث الأكاديمي والممارسة العيادية من جهة ويوضح أن عملية التقييم ضرورية ولابد من القيام بها بعد تنفيذ أي برنامج علاجي بغية التعرف على أكثر الإجراءات العلاجية فعالية في التخفيف من آلام الناس وفي تزويدهم بالميكانزمات الضرورية لمواجهة الضغوط الحياتية المختلفة بأقل كلفة ممكنة وبأسرع وقت ممكن لكي يصبح بإمكان الغالبية العظمى من الناس الحصول على مثل هذه الخدمات الصحية .

الباب الأول

الجانب النظري

الإطار النظري

الفصل الأول

الإطار العام للمشكلة
والإشكالية المحددة والفرضيات

الإطار العام للمشكلة :

تنطلق مشكلة البحث من الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض ، إذ يؤكد الباحثون اليوم أن ظاهرتي الصحة والمرض تعود إلى عوامل عديدة بيولوجية ونفسية وإجتماعية .

ويرجع هذا المنظور إلى أوائل تاريخ الطب حيث أن فرضية وجود علاقة بين الحالات النفسية والمرض ظهرت أولا على شكل إفتراض حدسي ثم تحولت إلى تأملات فلسفية . ولايزال البعض يستخدم بعض مفاهيم هيبقراط (Hippocrate) في وصف المزاج التي تتضمن العلاقة الدينامية بين النفس والجسد كامزاج البلغمي والمزاج الدموي والمزاج الصفراوي .

ويتكرر هذا الطرح عند العديد من العلماء عبر العصور حتى ظهور مصطلح السيكوسوماتية (1818) والسوماتوبسيشية (1828) الذي جاء به الألماني هينروث " Heinroth " (هينال وباسيني " Haynal & Pasini " 1984) .

غير أن الإكتشافات الكبرى في ميادين الكيمياء والفيزياء والفيزيولوجيا والتشريح جعلت الأطباء ينظرون إلى المرض كاضطراب ميكانيكي ناتج عن إختلالات في الوظائف الجسدية ويهملون العوامل النفسية بحجة أنها صعبة التمييز لسبب عدم وجود منهجية سليمة تسمح بتحديدها .

وفي أواخر القرن XIX e قام فرويد " Freud " بتحليل الصراعات الأوديبية لعلاج الإضطرابات الجسدية في الهستيريا التحويلية .

ويعتبر الإنكليزي توك " Tuke " عام 1872 أول من قدم بحثا علميا في السيكوسوماتية نشر في كتابه الموسوم " Illustrations of the influences of the mind upon the body in Health and disease " ، ويحتوي هذا الكتاب على عدد ضخم من الملاحظات والتأملات النظرية .

وتطورت الدراسات السيكوسوماتية إعتمادا على بحوث فرويد " Freud "وبافلوف " Pavlov " وكانون " Cannon " ، وأصبحت فرعا علميا قائما بذاته .

ويعتبر جروديك " Groddeck " (1923) الرائد الحقيقي للسيكوسوماتية ، واشتهرت مدارس ثلاث في الأبحاث السيكوسوماتية ، هي :

1 – المدرسة الأمريكية بشيكاجو " Chicago "تحت إشراف ألكسندر " Alexander " ، وهي تقدم نموذجا مستوحى من التحليل النفسي .

2 – المدرسة الألمانية ومن روادها سكوارتز " Schwartz " وكريهل " Krehl " ، التي قدمت نموذجا مستوحى من البيولوجيا والفلسفة .

3 – المدرسة الروسية تحت إشراف بيكوف " Bykov " والتي تستند إلى علم الإنعكاسات .

ثم ظهرت تطورات جديدة في منتصف الخمسينات ، خاصة بظهور أبحاث سيلي " Selyé " حول فيزيولوجية الضغط النفسي " Stress " إنطلاقا من فرضية كانون " Cannon " .

ولا تزال مدرسة باريس بفرنسا التي يتزعمها بيار مارتي " Pierre Marty " ، مستمرة في بحوثها السيكوسوماتية في إتجاه مشابه لمدرسة شيكاجو " Chicago " غير أنها قدمت بعض التفسيرات والمفاهيم الجديدة في هذا الخصوص . وتجدر الإشارة إلى أن هذا الإتجاه كان له بالغ الأثر عند المختصين في علم النفس في الجزائر .

وفي العشريات الأخيرة ، ظهر تيار جديد في مناطق مختلفة من العالم ، وشاع أكثر في الولايات المتحدة الأمريكية ، إهتم بنظرية سيلي " Selyé " وأدخل عليها تغيرات قادت إلى وضع نموذج الإستعداد / الضغط " Diathesis / Stress Model " الذي يوضح التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والإجتماعية التي إنطلقت من المنظور النفسي البيولوجي (باكال " Bakal " 1979) و (كوترو " Cottraux " 1983) .

وأهتم العلماء بالإضطرابات الشائعة كالربو بالنسبة للجهاز التنفسي وارتفاع ضغط الدم في الأمراض القلبية والصداع المزمن في الأمراض العصبية .

ويدخل البحث الحالي في إطار سيكولوجية الجهاز العصبي " Neuropsychology " ويتناول موضوع الصداع التوتري المزمن كحالة خاصة من الألم المزمن " Chronic Pain " ، وتعتبر أعمال فوردايس " Fordyce " (1976) من أهم الأبحاث في هذا الميدان (الألم المزمن) ، وهي تقوم على إفتراض أساسي مفاده أن من الضروري أن لا يميز الباحث بين الألم ذو المنشأ العضوي والألم ذو المنشأ النفسي ، حيث يمثل الألم معاشا حقيقيا لابد من مواجهته بالرغم من عدم وجود التفسير الموضوعي له .

وما يهم الأخصائي النفسي بالدرجة الأولى هو شكوى العميل ومعاناته والتوصل إلى طرق العلاج المناسبة للتخفيف من آلامه أو حتى مساعدته على الشفاء ، إعتمادا على قاعدتين أساسيتين هما :

1 – أن الصداع التوتري ألم بدني ساهمت عوامل نفسية في إحداثه .

2 – أن العوامل النفسية تلعب دورا مهما في تثبيت المرض (باكال 1979) .

وقد حاولت دراسات عديدة منذ أكثر من حقبة زمنية التعرف على فعالية التدخلات السلوكية في علاج الصداع المزمن ، إستخدمت التغذية المرتدة والإسترخاء ، وجاءت النتائج واعدة في هذا الصدد بالنسبة لأكثر من ثمانين دراسة ، إذ وضحت أن التدخلات السلوكية قادت إلى نقص ملحوظ في نشاط الصداع .

وفي عام 1982 حصلت تطورات جديدة في مجال علاج الصداع المزمن حيث دخلت بعض التقنيات المعرفية لتندمج مع التقنيات السلوكية السابقة في العلاج المعرفي السلوكي . ولعل أشهر الدراسات التي قدمت برامج معرفية سلوكية في علاج الصداع المزمن هي دراسات بلانشارد وجماعته " Blanchard & al " عام 1982 و (1986) و (1988) و (1990) و (1991) ، ودراسات هلرويد وجماعته " Holroyd & al " عام 1986 و (1988) و (1991) ودراسة بنتزين وجماعته " Penzien & al " (1985) .

وخلصت جميع هذه الدراسات إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصداع المزمن بصورة واضحة .

ومن الجدير بالذكر أن جميع هذه الدراسات وجدت من خلال الملاحظات العيادية أن هناك إرتباطا وثيقا بين الصداع المزمن والقلق ، لذلك تمثلت برامجها العلاجية في تقنيات مخصصة لعلاج القلق . وقد لاحظت الباحثة أثناء الممارسة العيادية أن مرضى الصداع الذين يتقدمون للعلاج في المصلحة التي تعمل فيها غالبا ما يشعرون بالقلق .

ورغم وضوح هذه النتائج ، يظل هناك تساؤل يطرح نفسه على العيادي في مجال البحث في العلاج النفسي يدور حول ما إذا كانت نتائج العلاج هذه تعود إلى إستخدام ستراتيجيات علاجية معينة أم أنها تعود إلى عوامل غير محددة . وتعتبر دراسة جونس وجماعته " Jones & al " (1988) واحدة من أهم الدراسات التي تناولت طرح هذا التساؤل الذي إستثار مناقشات جدية ومناقشات عديدة بين الباحثين ، علما أن العوامل المحددة تشير إلى النشاطات المقصودة والمحددة جدا والمعرفة من قبل المعالج مثل التفسيرات وتصنيف المشاعر وتصحيح الخلل في المعتقدات حول الواقع . أما العوامل غير المحددة فهي تشير إلى الخصائص الكامنة في أية علاقة إنسانية إيجابية تؤثر في توقعات الفرد أو في روحه المعنوية .

وقد شاعت فكرة العوامل غير المحددة وتوسع الحديث عنها بفضل فرانك " Franck " (1961) الذي بين أن العوامل غير المحددة ، المرتبطة بالعلاقات الشخصية المتبادلة ، ذات أهمية كبيرة جدا تفوق أي متغير آخر بالنسبة لجميع أشكال العلاج النفسي ، كما وضح أن الآثار الزائفة في الإجراءات الطبية تعتمد على القدرة على إستثارة الأمل في الشفاء عند المريض ، وقد أكد أن الطرق المختلفة في العلاج النفسي قد تعتمد إعتمادا كبيرا على مثل هذه العناصر .

وتدعمت فرضيات العوامل غير المحددة بنتائج العديد من الدراسات السابقة المتعلقة بالعلاج النفسي . ولعل ذلك يعود إلى النقص في الدراسات العلمية التي تبحث في التعرف على الآثار المتمايزة للعلاجات المختلفة من ناحية ، والنقص في الدراسات التي تبحث في التعرف على العلاقة بين تقنيات معينة في العلاج ونتائج العلاج من ناحية أخرى .

وبما أن الإهتمامات العلمية تتوجه الآن إلى التعرف على المرض الذين يفشلون في الإستفادة من العلاجات العقاقيرية ، كما تتوجه أيضا إلى محاولة تخفيض كلفة العلاج ، لذلك يظهر العلاج النفسي القصير المدى هو الوسيلة العلاجية الأفضل خاصة في الوقت الذي تشكو فيه بلادنا من النقص الكبير في الأدوية وفي الخدمات النفسية .

وبما أن العلاج المستوحى من التحليل النفسي هو أكثر أنواع العلاج شيوعا في المجتمع الجزائري ، لذلك كان لابد من التعرف على مدى فعاليته بالمقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتبر أكثر أنواع العلاجات النفسية شيوعا في العشرية الأخيرة في علاج الصداع المزمن في مناطق عديدة في العالم .

وقد أثبتت دراسات عديدة تمكنت الباحثة من الإطلاعه على عدد كبير منها تجاوز الخمسين ، فعالية هذا العلاج في التخلص من الصداع المزمن .

وانطلاقا من كل هذه المعلومات واعتمادا عليها تم تحديد إشكالية البحث .

الإشكالية المحددة :

تتحدد إشكالية البحث بالتساؤلات الآتية :

1 – هل ينعكس علاج القلق مباشرة على الصداع المزمن ؟

2 – ما مدى فعالية كل من العلاج البؤري المستوحى من التحليل النفسي والعلاج المعرفي السلوكي في التأثير على مختلف الأعراض النفسية المصاحبة للصداع ؟

3 – هل يرتبط علاج الصداع التوتري المزمن بنوع التقنيات المستخدمة في العلاج النفسي (العلاج البؤري والعلاج المعرفي السلوكي) .

وللإجابة على هذه التساؤلات ، تمت صياغة الفرضيات الآتية :

1 – إن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع المزمن .

2 – لكل من العلاجين – العلاج البؤري والعلاج المعرفي السلوكي – آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

3 – يرتبط مستوى التحسن العيادي للصداع التوتري المزمن بنوع التقنيات المستخدمة .

الإطار النظري

الفصل الثاني

- مفهوم الصداع
- البعد السيكوبيولوجي للصداع
- مفهوم القلق

دراسة مفهوم الصداع :

يعتبر الصداع المزمن الشكوى الصحية الأكثر إنتشارا عند الناس عموما ، ولا تتضمن هذه الظاهرة حالات آلام الرأس غير المنتظمة والتي تستجيب للمسكنات الخفيفة والراحة (باكال " BAKAL " 1979) فالصداع المزمن هو ذلك الألم الذي يصاحبه الفشل والذي قد يتطلب أن يلزم المريض فراشه وهناك نوعان أساسيان من الصداع المزمن ، أولهما يسمى بالصداع التوتري (Tension headache) وثانيهما الصداع الشرياني (Vascular headache) والذي يضم الشقيقة (Migraine) ، لذلك يقتضي الأمر دوما قيام الطبيب أو المدرس بالتشخيص الفارقي بينهما وقد يتواجد النوعان عند نفس المريض ، ويدعى مثل هذا الصداع ، الصداع المركب (Combined headache) (هنري " Henry " 1990) (هوي Hay 1989) .

وقد قدمت الجمعية الدولية للصداع " International headache society " تحت إشراف جسي أوليسن " Jes Olesen " تصنيفا للصداع إستند إلى دراسة دامت ثلاث سنوات ويحتوي هذا التصنيف على ثلاثة عشر نوعا أساسيا من الصداع وآلام الوجه (Facial pain) تتمثل بما يأتي :

1 – الشقيقة .

2 – الصداع التوتري .

3 – الصداع العنقودي .

4 – الصداع غير المصحوب بإختلالات بنيوية .

5 – الصداع الذي يصاحبه رض قحفي .

6 – الصداع المصحوب بإختلالات شريانية .

7 – الصداع المرتبط بشذوذ قحفي داخلي غير شرياني .

8 – الصداع الناتج عن التسمم .

9 – الصداع الناتج عن إصابة غير دماغية .

10 – الصداع المرتبط بشذوذ أيضية .

11 – الصداع أو الألم الوجهي الذي يصاحبه شذوذ قحفي .

12 – الصداع الذي يصاحبه ألم عصبي قد ينتج عن إلتهاب ما .

13 – الصداع الذي لا يمكن تصنيفه .

ويتفق العلماء على أن نسبة إنتشار الصداع في المجتمع العام تتراوح ما بين 10 ٪ و 15 ٪ (باكال " BAKAL " 1979) وتتنوزع هذه النسبة إستنادا إلى ما خلصت إليه دراسة نيك "NICK" عام 1968 ، حول أصول الصداع ، على النحو الآتي :

52 ٪ صداع ذو أصول نفسية .

15 ٪ صداع ذو أصل شرياني تكون الشقيقة 10 ٪ منه .

11 ٪ الصداع ذو الأصل الرضي .

22 ٪ الصداع ذو الأصول المتعددة مثل إرتفاع الضغط داخل القحف والأورام .

(فونتين وجماعته Fontaine & al 1983 ص 310) .

وقد وضح هنري Henry عام 1990 من خلال ممارسته أن هناك إرتباطات وثيقة بين مرضى الشقيقة والصداع النفسي ، فهما يكونان إشكالية الصداع المزمن حيث أن ثمانية مرضى من كل عشرة ينتمون إلى أحد هذين الإطارين التصنيفيين أو حتى إلى الإثنين معا ولا يزال النقاش مستمرا بين العلماء حول أصول الصداع حيث أنهم لم يتوصلوا إلى نتائج حاسمة في هذا المجال وقد وضحت ذلك معظم الدراسات المنشورة في المجلة العلمية في La revue du praticien في عددها الخاص لعام 1990 ، رقم (5) المخصص للصداع . وبغض النظر عن أصول الصداع ، فانه يظهر دوما مصحوبا بمشكلات نفسية قد تعمل على تثبيته وإطالة مدته وإرتفاع شدته .

وقد تم إختيار الصداع التوتري في البحث الحالي والذي يسمى أحيانا بالصداع العصبي والصداع النفسي والصداع الوظيفي والصداع الناتج عن القلق ، وتختلف هذه المصطلحات بإختلاف المهن العيادية التي تتعامل مع هذا المرض وحتى بإختلاف التوجيهات النظرية للباحثين أو الممارسين ، نظرا لإنتشاره الواسع من جهة ولوضوح دور العوامل النفسية في إحداثه من جهة أخرى حيث تبين ذلك جميع الكتب الأساسية حول سيكولوجية الجهاز العصبي (Neuropsychology) . (ميير " Meyer " 1977) (" Squati & Renauld " 1972 سكواتي وينود) (كولب وويشاو Kolb & Whishaw " 1990) .

ويتبنى البحث الحالي تعريف " Ad hoc committee " بالولايات المتحدة للصداع التوتري حيث أنه التعريف الذي تبنته معظم الدراسات السابقة الحديثة في الموضوع مثل دراسة هولرويد " Holroyd " عام 1991 ودراسة بلانشارد " Blanchard " عام 1991 من ناحية ، ونظرا لطبيعته الإجرائية ووضوحه من جهة أخرى ، ويتمثل هذا التعريف بما يأتي :

" الصداع التوتري هو إحساسات بالضغط والإنقباض متغيرة الشدة والتواتر والمدة – قد تدوم لمدة طويلة – وعموما تقع في منطقة تحت قفائية Sous-occipitale ، وتكون مصحوبة بتقلص العضلات الهيكلية مع غياب التغيير البنيوي الدائم وهو يمثل أحد جوانب إستجابة الفرد للضغط " .

ويتميز الصداع التوتري بأعراض عيادية تسمح بتشخيصه بدقة ، ويعتمد التشخيص الإيجابي على الوصف الدقيق للألم وتاريخ المرض ووضوح الخلفية النفسية مع ضرورة عدم وجود أي مرض بدني ، وتشكل كل هذه الخصائص المعايير الأساسية التي يتم الإعتماد عليها خلال المقابلة التشخيصية . ويشترط الوصف الدقيق للألم التعرف على موقعه ونمطه وشدته ومدى إنتظامه .

ويتميز موقع الألم – متغيرا كان أم ثابتا – بعدم إرتباطه بأي تنظيم عصبي ، غير أنه لا يكون أبدا أحادي الجانب مثلما هو الحال في الشقيقة ، فقد يحصل في مواضع محددة من الرأس تشمل جانبي الناحية القذالية القفائية ممثلا الزملة العرضية لأطلس (Syndrome d'Atlas) إشارة إلى عملاق الميتولوجية الإغريقية الذي إشمأز من

حمل الكرة الأرضية على قذاله وكتفيه ، وقد يتواجد الألم في قمة القحف (douleur du ver-tex) أو في قاعدة المنخر – ألم العوينات أو النظارة – كما أنه قد يتمركز أحيانا أخرى في العضلات الصدغية أو العضلات الماضغة ، وقد ينتشر في أحيان أخرى في مواضع مختلفة من الرأس دون أن يتحدد بجانب واحد منه (هنري Henry 1990) .

أما بالنسبة لنمط الألم في الصداع التوتري فإنه متعدد الأوجه ويتصف بخصائص لا تحصى ، غير أنه يتشكل عادة من إحساسات بالضيق والإنقباض والحصر والضغط ، بالإضافة إلى الإحساس بوجود قيود حديدية حول الرأس أو وجود شيء ثقيل فوقه أو حتى الإحساس بوجود إنفجار يحدث داخل الرأس ، ويتحدث بعض المرضى عن إحساسات بوجود سائل بارد أو ساخن داخل الرأس مع وجود التنمل في حين يتحدث بعضهم الآخر عن وجود قطعة من الحديد الساخن جدا داخل رؤوسهم ، (سيراتريس " Serratrice " 1982) .

وغالبا ما يوصف الصداع من طرف المرضى بنوع من الضيق الشديد الذي يصعب تحمله ولا يمكن تفسيره ، كما يوصف أيضا بالإحساس بفراغ الرأس والضيق وعدم الراحة .

أما بخصوص شدة الألم ، فغالبا ما يصفها المرضى بأنها عميقة جدا ولا يمكن تحملها ، رغم أن المقارنة الموضوعية بالألم المصاحب للشقيقة وللصداع الشرياني توضح أن شدة الألم لا تبلغ درجة إعاقة المريض عن القيام بأعماله اليومية كما هو الحال في الشقيقة ، ولا تمنعه كليا من النوم ، وحتى إذا وجد الأرق فإنه لا يتأتى عن الصداع بل يصاحبه فقط ، كما أن سؤال المرضى عن الشعور بالألم خلال المقابلة يوضح في أغلب الأحيان عدم وجود الألم في اللحظة الراهنة غير أنه كان موجودا أثناء الإنتظار داخل القاعة ولا يعلم المريض كيف زال الألم خلال المقابلة (سيراتريس Serratrice 1982) (هانري " Henry " 1990) .

وللصداع التوتري خاصية أساسية يتميزه عن غيره من أنواع الصداع تتمثل في عدم إنتظامه حيث تحصل النوبات عدة مرات في الأسبوع أو عدة مرات في اليوم الواحد .

ويرى بعض العلماء أن أنواع الصداع المزمن تقع على متصل (Continuum) واحد حيث يمكن أن يتحول الصداع التوتري إلى الشقيقة التي تمثل الحد الأعلى من الصداع المزمن (لابلان " Laplane " 1990) ، غير أن بعضهم الآخر يرى أن هناك فروقا واضحة

بين هذين النوعين من الصداع حيث يؤكد جيارد " Guillard " عام 1984 على سبيل المثال ، أنه بالرغم من تماثل الصداع التوتري والشقيقة في التواتر والأزمان غير أن بينهما فروق واضحة لمن يحسن الملاحظة .

وعموما تتضح الفروق بين الصداع التوتري والشقيقة من خلال الخصائص العيادية والأعراض المصاحبة وانتظام النوبات ، فغالبا ما يكون موقع الألم في الشقيقة أحادي – الجانب ويحدث في أية جهة من القحف وبالأخص في الجانب الصدعي أو الجبهي، (douleurs hemi-crâniennes) ويتميز بوجود الألم الشديد الذي يأخذ شكل النبض (دقات) يجعل المريض يلزم الفراش ولا يتحمل أي إزعاج خارجي مثل الضوء والضجيج والروائح وحتى حركات الرأس (باكال " Bakal " 1979) (سيراتريس " Serra- trice " 1982) ويبدأ الألم في منتصف الليل تمنع شدته المريض من النوم ، وقد يبدأ في الصبح ويتصف ألم الشقيقة بوجود علامات تسبق حدوث النوبة وتعلن عن قرب حدوثها ، وتتمثل هذه العلامات في تغيرات سلوكية واضحة كارتفاع أو إنخفاض النشاط والإحساس بالكآبة والرغبة في بعض المأكولات والتثاءب المتكرر . . .

وتسبق هذه الأعراض صداع الشقيقة بفترة زمنية تتراوح ما بين بضع ساعات إلى يومين ، وتدوم النوبة ما بين أربع ساعات إلى إثني وسبعين ساعة ، ومن خصائصها الأساسية أنها تتصف بالإنتظام (سيراتريس " Serratrice " 1982) (الجمعية الدولية للصداع " I . H . S " 1988) وغالبا ما يصحب النوبة واحد من الأعراض الآتية في الأقل :

– غثيان أو تقيء .

إنزعاج من الضوء " Photophobia "

– إنزعاج من الأصوات " Phonophobia " .

وقد بينت دراسات عديدة أجريت على التوائم المتماثلة والمغايرة أن صداع الشقيقة غالبا ما تكون له أصول بيولوجية (وراثية) في حين لا توجد مثل هذه الأصول بالنسبة للصداع التوتري الذي غالبا ما تكون أصوله نفسية مكتسبة ومتعلمة (باكال " Bakal "1979) (سيراتريس Serratrice 1982) .

البعد السيكوبيولوجي للصداع :

بما أن البحث الحالي قد تناول الصداع كنوع محدد من الألم المزمن لذلك سوف يتم التطرق إلى البعد السيكوبيولوجي للصداع عن طريق ميكانزمات الألم .

عرف التراث المعرفي المتعلق بالميكانزمات الفيزيولوجية للألم تطورات سريعة في العشريات الأخيرة ، من خلال المعطيات الكلينيكية والتجريبية ، بالإضافة إلى فشل المحاولات العلاجية عن طريق الجراحة (ميير " Meyer " 1977) و (كولب وويشاو Kolb & Whishaw " 1990) .

وتواجه البحوث التي تسعى لمعرفة ميكانيزمات الألم مشكلات عديدة تتمثل بما يأتي :

1 – صعوبات التصنيف .

2 – صعوبات تحديد مواقع الألم .

3 – صعوبات التقدير .

4 – صعوبات التوحيد بين المعطيات .

1 – صعوبات التصنيف :

من المعروف أن الكائن الحي يدرك الإحساسات بمختلف أنواعها للتعرف على العالم الخارجي ولتحديد وضعية جسده بالنسبة لهذا العالم غير أن الإحساس بالألم يختلف عن الإحساسات الأخرى حيث أنه يتمثل أكثر في إحساس يرمي إلى حماية الجسم وهذا الذي جعل من الصعب تصنيفه ضمن الإحساسات الفيزيولوجية الأخرى إذ أن الإحساس بالألم يمثل معاناة ولا يمكن إعتبار المعاناة حالة طبيعية (سكواتي ورينولد Squati & Renauld " 1978) (ميير" Meyer " 1977) ويتمثل الإحساس بالألم في إنذار بخطر خارجي أو داخلي يهاجم الشخص ، وإذا لم يتمكن المعالج من القضاء على هذا الإحساس الأليم فإنه سيوجه ضد الجسد نفسه وهذا ما يتعب الفرد ويضعفه بدلا من الإستفادة من هذا الإنذار (ميير " Meyer " 1977) .

2 - صعوبات تحديد مواقع الألم :

يواجه الدارسون صعوبات كبيرة في تحديد مواضع الألم خصوصا عندما يكون شديدا ويطغى على العالم الوجداني للمريض ، ويصبح الجهاز العصبي تابعا له قاصرا عن تأدية أي نشاط آخر (ميير " Meyer " 1977) .

3 - صعوبات التقدير :

يرتبط الإحساس بالألم بالبنية الوجدانية للمصاب به (ميير " Meyer " 1977) (باكال " Bakal " 1979) ، فيصبح من الصعب تقدير الألم بطريقة موضوعية نظرا للمتغيرات الفردية والذاتية التي تتدخل في العملية كما لا يمكن إعداد مقاييس تربط بين شدة المعاناة وتعقد المشكلة عند الأفراد الذين يشكون من الألم المزمن لأن المعاناة تصبح مرتبطة بأحكام الفرد (ميير " Meyer " 1977) .

4 - صعوبات التوحيد بين المعطيات :

بما أن الإحساس بالألم متنوع جدا من حيث الشدة والمدة ومن حيث المحتوى (بمعنى نمط الألم) والذي قد يكون إحساسا بالضغط أو بالضيق أو بأشياء أخرى تم ذكرها سابقا لذلك فإن الطابع المتعدد الأوجه للألم يجعل من الفرد الذي يعاني منه هو المقيم الوحيد الذي يمكن الإعتماد عليه في عملية التشخيص وفي تقدير فعالية العلاج (ميير " Meyer " 1977) .

ويمكن تعريف الألم بأنه معلومات تخص الإحساسات الجسدية (Information somesthesique) وهي تعتمد أساسا على قاعدتين جسميتين تتمثلان في جهازين للتبليغ هما الحزمة العصبية التي تدعى بـ " Faisceau leminiscal " والحزمة العصبية التي تسمى بـ " Faisceau extra - leminiscal " ويختلف هذان الجهازان ليس فقط في نوع الإحساسات التي يعملان على توصيلها بل كذلك في خصوصياتهما الإلكتروفزيولوجية .

ويقوم الجهاز الثاني بتوصيل الألم وتتركز وظيفته الأساسية في حماية الفرد من مختلف المخاطر الخارجية والداخلية أما بخصوص الجانب التشريحي فان هذا الجهاز يتميز بتعقده الكبير خاصة بالمقارنة مع بساطة ووضوح الجهاز الآخر ، حيث أن الألياف العصبية المكونة له لا تتجمع مع بعضها في المسلك النخاعي ، وتتشتت عندما تصل إلى الجذع العصبي وتذهب إلى البنيات غير المحددة بإستثناء عدد قليل منها يصل مباشرة إلى البنيات المحددة .

وتتميز الخصوصيات الإلكتروفزيولوجية لهذا الجهاز بالمرونة وبطابع نوعي كما أنها تعمل على تبليغ الرسائل بطريقة مشوهة وغير محددة وفي مواضع جسدية غامضة ، ولها قدرة محدودة على توصيل السائل العصبي وتجدر الإشارة إلى أن هذا الجهاز يحتاج إلى تأثير مباغت ومتزامن لعبور الشبكات العصبية الأولى وتتعدد الفرضيات حول فيزيولوجية الألم، وتتطلب الإفتراضات المختلفة المزيد من البحوث للحصول على المعطيات الكافية خصوصا للتعرف على الوسائل الكيمياوية Médiateurs chimiques للشبكات العصبية التي تتدخل في وظيفة مدارات التحكم (ميير " Meyer " 1977) .

وتعتبر سيكولوجية الجهاز العصبي Neuropsychology علما حديثا نسبيا ، بدأ بتطور في العشريات الأخيرة من هذا القرن وقدم ملزاك "MELZACK" "عام 1965 نظرية شيقة تدعى نظرية بوابة الألم Gate theory ، تكون إنطلاقا هاما للبحوث حول التفاعل النفسي البيولوجي للألم .

وقد قدم العياديون العديد من الملاحظات والإفتراضات المختلفة حول العوامل النفسية التي ترتبط بالألم المزمن الخاص بالصداع ، إذ يرى بعضهم ، (مثال هنري 1990 Henry) ، إن الصداع المزمن مرتبط بنظام عصابي محدد حيث يمثل ألم الرأس عرضا مميزا للتعبير عن المعاناة كما يفترضون أن الصداع المزمن الذي يرتبط بالوسواس يعبر عن شعور شبه - هذائي لإضطهاد داخلي ، وعندما يرتبط بالهستيريا فهو يعبر عن وسيلة إتصال، وفي حالة إرتباطه بإضطراب سيكوسوماتي فهو يعبر عن رسالة شخصية من المريض الذي لا يمكنه التعبير عن كيانه إلا من خلال الصداع ، وقد يمثل الصداع عرضا من أعراض الإكتئاب ، وقد يشكل إكتئابا مقنعا يتم الكشف عنه خلال عملية التشخيص التي تعتمد على وجود أعراض ثانوية خاصة بهذا النمط من الإكتئاب كالإحساس بالملل والحزن والتعب والأرق

(أي " Ey " 1978) (هنري " Henry " 1990) .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع هذه الحالات دون إستثناء تضم عرضا نفسيا يدخل في زملتها (جملة الأعراض) هو القلق ، وقد يشكل القلق هنا عرضا أساسيا لهذه الحالات وقد يشكل إضطرابا قائما بذاته يأخذ أشكالا مختلفة مثل القلق الإرتكاسي البسيط والقلق الشديد المعوق مثلما هو الحال في فوبيا المساحات " Agoraphobia " (DSM . III R - 1988) ويؤكد باكال Bakal عام 1979 وهنري " Henry " عام 1990 ودونياس " Donias " عام 1991 وشولمان " Shulman " عام 1991، أن القلق يمثل أكثر الإضطرابات ظهورا عند الأفراد المصابين بالصداع المزمن ولعل كل ذلك يقدم التبرير العلمي لإختيار القلق كمتغير أساسي في البحث الحالي .

دراسة مفهوم القلق :

يعرف القلق بأنه شعور شاق صعب التحمل يظهر قبل أو خلال أو بعد الضغوط النفسية أو الجسدية ، ويتمثل ظهوره قبل التعرض لهذه الضغوط عن طريق توقع النتيجة . وبالرغم من أن القلق يمكن أن يعبر عن إنذار بخطر يهدد الفرد فيسمح له بالإستعداد للدفاع لكنه يخلق شعورا مؤلما بالضيق كما يؤدي إلى حالة إضطراب مصحوبة بظواهر جسدية مزعجة تؤثر بدورها عليه فتعمل على تضخيمه ، (مايكنباوم " Meichenbaum " 1977 و جريفيتش " Griffiths " 1981 وداركورت " Darcourt " 1987) .

وهكذا تظهر أهمية التمييز بين القلق العادي والقلق المرضي والذي يتطلب الرجوع إلى هذين المفهومين ، ويعتمد العيادي في الممارسة اليومية على معيارين أساسيين للتفريق بينهما ، يتعلق المعيار الأول بتعبير المفحوص ذاته عن معاناته حيث يعتبر القلق مرضا إذا أصبح يكون مشكلة للمفحوص ويعوق مسار حياته العادية ويتمثل المعيار الثاني في التقدير الكلينيكي للفاحص والذي يستند إلى معرفته بالمشكلة وإلى التقنيات القياسية التي يستخدمها (داركورت " Darcourt " 1987) .

تصنيف القلق :

هناك تصنيفات عديدة للقلق قدمتها المدارس المختلفة حيث أكدت المدرسة الكلاسيكية في تصنيفها على أربعة أنواع أساسية من القلق هي :

- الحالات الإرتكاسية ، الحالات العصابية ، الحالات الذهانية والحالات العرضية (أي " EY " 1978) .

في حين قدم داركورت وبرينجي " Darcourt & al " عام 1987 تصنيفا مغايرا إلى حد ما يتضمن خمسة أشكال من القلق هي :

- حالات القلق والعصابات ، حالات القلق والذهانات ، حالات القلق والإكتئاب ، حالات القلق والشخصية حالات القلق الثانوية للأمراض الجسدية أو للتسمم أو لتناول الأدوية.

كما قدمت المدارس غير التحليلية تصنيفات جديدة مختلفة كليا عن التصنيفات الكلاسيكية حيث يعتمد النموذج البيولوجي على تصنيف كلاين الذي يقترح شكلين أساسيين للقلق (كلاين " Klein " 1981) هما :

- نوبات الهلع " Panic attaks " .

- القلق المعمم (Anxiété généralisée) ، بينما يصنف السلوكيون القلق إلى حالات مختلفة من الفوبيا هي : الفوبيا البسيطة والفوبيا الإجتماعية وفوبيا المساحات التي تعتبر الأكثر شدة (فونتين وجماعته " Fontaine & al " 1984) .

أما التصنيفات المعترف بها عالميا والمعمول بها من طرف الباحثين فهي على نوعين، يتمثل الأول في تصنيف " C.I.M.9 " (1977) والذي يصنف القلق ضمن مجموعة تحتية تقع داخل مجموعة العصابات (300. 0) كما أنه يشير إلى القلق في ثلاث مجموعات تحتية هي :

- (308. 0) " الحالات الإرتكاسية الحادة الناجمة عن وضعيات مؤلمة والتي تكون مصحوبة بإضطرابات وجدانية مهيمنة "

- (309. 2) " إضطرابات التكيف المصحوبة بإضطرابات وجدانية مهيمنة غير - إكتئابية " .

- (313. 0) " الإضطرابات الوجدانية الخاصة بالطفولة والمراهقة " .

أما التصنيف الثاني فهو الذي يعتمد على الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للإضطرابات النفسية " D.S.M.III R " الذي لا يلتزم بخلفية نظرية محددة ، والذي أعطى أهمية كبيرة لحالات القلق حيث خصص لها بندا مستقلا تحت عنوان " إضطرابات القلق " Troubles anxieux ويضم الحالات الآتية :

- (245) إضطرابات الهلع .

- (300. 21) مصاحب بفوبيا المساحات .

- (300. 01) دون فوبيا المساحات .

- (311. 22) فوبيا المساحات دون سوابق هلع .

- (311. 23) فوبيا إجتماعية

- (311 . 29) فوبيا بسيطة

- (300 . 30) إضطرابات إستحواذية

- (300 . 89) حالة ضغط تابعة لصدمة

- (311 . 02) قلق معمم

- (300 . 00) قلق غير محدد

كما أنه خصص فضلا خاصا بالقلق في فئة إضطرابات الطفولة والمراهقة وهو يضم الحالات الآتية :

. (309. 21) قلق الإنفصال

. (313 . 21) قلق التجنب

. (313 . 00) القلق المفرط

كما يظهر هذا الإضطراب في فئات عريضة أخرى هي :

1 – الإضطرابات ذات الأعراض الجسدية .

2 – الأمراض البدنية المرتبطة بالتسمم .

3 – الإكتئاب .

4 – الفصام .

5 – الإضطرابات النفسية الجسدية .

الإتجاهات الأساسية في دراسة القلق وتفسيره :

1 - المنظور التحليلي للقلق :

كون القلق مركز إهتمامات فرويد " Freud " عميد المدرسة التحليلية ومؤسسها حيث كان يعتقد أنه " الظاهرة الأساسية والمشكل الجوهري للعصاب " (فرويد " Freud " 1926 ، ص 69) ، غير أنه لم يتوصل إلى فصل هذا الإضطراب عن مشكلات الألم والحداد والمنخوليا وهو يستخدم ثلاثة مصطلحات للتعبير عن القلق هي " Angst " و Furst " " و " Schreck " فمصطلح " Angst " يحمل معنى القلق ومعنى الخوف أما مصطلح " Furst " فهو يحمل معنى الخوف والخشية بينما مصطلح " Schreck "يحمل معنى الرهبة والرعب والهلع .

ويمكن تقسيم تنظير فرويد " Freud " إلى ثلاث مراحل المرحلة الأولى من التنظير كانت تتمحور حول دراسة مفهوم " العصاب الآني " والتي تتركز أساسا على عصاب القلق (فرويد" Freud " 1892 - 1895) ، ويقول فرويد" Freud " في هذا الصدد " ان النفس تسقط في شعور القلق عندما تجد نفسها عاجزة عن حل مشكلة آتية من الخارج (خطر) عن طريق الإستجابة المناسبة ، وهي تسقط في عصاب القلق عندما تكون عاجزة عن حل إستثارة ذات منشأ داخلي (جنسية) ، تتصرف وكأنها تسقط هذه الإستثارة نحو الخارج " وهو يؤكد أن " الشعور بالقلق والعصاب المناسب له يرتبطان إرتباطا وثيقا ، يمثل الأول إستجابة (رد فعل) لإستثارة خارجية ويمثل الثاني إستجابة لإستثارة داخلية مماثلة ، غير أن الشعور بالقلق حالة مؤقتة بينما العصاب حالة مزمنة . . " (فرويد " Freud " 1895 ، ص 35) .

أما المرحلة الثانية ، ففيها يستمر فرويد في التمييز بين القلق المستثار من الخارج والقلق العصابي ، غير أنه يضيف إلى ذلك تأكيدات على إرتباط القلق " بالأنا " في جميع الحالات حيث يحاول " الأنا " الهروب من الخطر – خارجيا كان أو داخليا (ليبيدو) – وفقا لغريزة البقاء (فرويد " Freud " 1917) .

وفي المرحلة الثالثة والأخيرة من التنظير والتي تظهر في عام 1926 فإن فرويد " Freud " يميز بين نوعين من القلق ، القلق الأوتوماتيكي والقلق – إنذار ، وهو يعتبر الأول بيولوجيا ، يظهر عندما يواجه الفرد خطرا ما يهدد حياته أو بقاءه . وشيئا فشيئا ، مع نضج " الأنا " ، تتغير أسباب القلق إلى ما يأتي :

1 – الإبتعاد عن الأم في السنوات الأولى من الطفولة .

2 – التهديد بالإخصاء في المرحلة القضيبية .

3 – وظيفة " الأنا الأعلى " في مرحلة الكمون حيث يصبح طابع القلق خلقيا واجتماعيا .

4 – قلق الموت الذي يمثل الشكل الأعلى تطورا للقلق .

ويؤكد فرويد " Freud " (1926) أن جميع الأعراض المرضية تمثل آليات دفاعية للهروب من القلق .

2 – المنظور المعاصر للقلق :

يرى شينان " Sheenan " (1982) أن هناك نوعين من القلق أحدهما داخلي المنشأ والآخر خارجي المنشأ ، ويرتبط القلق الخارجي المنشأ بتجارب الفرد والتي يرمز إليها بتعبير نفسي يتمثل في القلق ، بينما لا يكون القلق الداخلي المنشأ رمزيا ، ويرتبط بعوامل بيولوجية ذات تعبير جسدي . ويعتبر شينان " Sheenan " (1982) أن القلق الخارجي المنشأ يستجيب إلى المهدئات وإلى العلاج النفسي الكلاسيكي ، بينما يستجيب القلق الداخلي المنشأ إلى مضادات الإكتئاب وإلى العلاج السلوكي . أما باكال " Bakal " (1979) فيتحدث عن نوعين من القلق أحدهما جسدي والآخر نفسي وهو يرى أن القلق ذو الطابع الجسدي يستجيب إلى مضادات القلق ويفتقر للأعراض النفسية بينما القلق ذو الطابع النفسي يتميز بأعراض نفسية مهمة ولا يستجيب لمضادات القلق . ويميز المنظرون المعاصرون ، أمثال سبيلبرجر " Spielberger " عام 1968 بين القلق كسمة والقلق الآني ، عند دراسة الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب . وقد قامت دراسات عديدة حول مشكلة القلق في

السبعينات وتضاعفت المنشورات في هذا المجال مئات المرات ، وينسب الإنخفاض الحالي في البحوث العلمية المنشورة حول القلق إلى توصل العلماء إلى درجة عالية من الإتفاق والتي تعود أساسا إلى إستخدام التقنيات الموضوعية (الإستبيان) في دراسته (بونيس " Bonis " 1987) .

ويوضح التراث السيكولوجي في هذا المجال أنه بالرغم من وجود تقنيات موضوعية عديدة في قياس القلق إلا أنها لا تختلف من حيث محتوى العبارات ولا من حيث طريقة تصنيف الأفراد حيث أن جميعها تسمح بالتمييز بين الإضطرابات العقلية وغير العقلية من جهة ، وتكشف عن الفروق الواضحة في مستويات القلق عند المجموعات المرضية من جهة أخرى . وهكذا أصبح من الممكن تحديد الشخصية بدقة إعتمادا على مقاييس القلق ، إذ يعبر القلق عن جميع أنواع الإضطرابات النفسية بالإضافة إلى تعبيره عن الأمراض العضوية العامة (بونيس " Bonis " 1987) . وعندما يكون القلق إضطرابا قائما بذاته يقدم زملة غير منتظمة من الأعراض ، كما أن شدة القلق المعمم المزمن ترتبط بالظروف الحياتية ، حيث يمثل الضغط بكل أنواعه المؤثر الأساسي لظهور القلق ، ويؤكد برينجي " Pringuey "عام 1987 أن شدة القلق المزمن تختلف بإختلاف الوقت حيث تظهر في أعلى درجات الشدة خلال الفترة الصباحية ثم تتضاءل هذه الشدة لتزول نهائيا في المساء . ومع ذلك فإن الفرد الذي يعاني من القلق غالبا ما تظهر لديه صعوبات في النوم نتيجة لدرجة التوتر التي يتميز بها فضلا عن النقص الملحوظ في النوم الهادىء والمريح .

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثة قد لاحظت خلال ممارستها العيادية أن هناك تشابها كبيرا بين القلق والصداع التوتري المزمن من حيث عدم الإنتظام والشدة والتوقيت وصعوبات النوم ، الأمر الذي يجعل المريض يشعر بالفشل والخمول طوال النهار وخصوصا في الفترة الصباحية ، كما لاحظت الباحثة من خلال الدراسات التي أطلعت عليها هذا التشابه ، الأمر الذي دعم الملاحظات العيادية .

الإطار النظري

الفصل الثالث

- الدراسات السابقة
- العلاج الكلاسيكي :

.المنظور السيكوسوماتي للمرض

. العلاج البؤري " Focal Therapy " المستوحى من التحليل النفسي

- العلاج المعاصر :

. المنظور البيوسيكو إجتماعي " Biopsychosocial Model "

. العلاج المعرفي السلوكي

الدراسات السابقة :

يقوم علاج الصداع التوتري عموما على نوعين رئيسيين من العلاج هما : العلاج الصيدلاني والعلاج النفسي الذي يضم العلاج الكلاسيكي (التحليلي) والعلاج السلوكي المعرفي .

1 - العلاج الصيدلاني :

يعتبر العلاج الصيدلاني (الذي يقدم الأدوية) أكثر أنواع علاج الصداع إستخداما من طرف الأطباء والسيكاتريين والمرضى ، ويستند هذا العلاج إلى الإفتراضات الأساسية للأصول العضوية للصداع ، ويتم إستخدام الأدوية عند ظهور نوبات الصداع أو للوقاية منه ، أي كعلاج أساسي ، وهي غالبا ما تقع في ثلاثة أنواع :

1 – الأدوية المضادة للألم " antalgiques "

2 – الأدوية المضادة للإلتهابات " anti-inflammatoi res non-stéroidiques " (مثل ما يسمى " Voltarène ") .

3 – مشتقات مهماز الجودر " dérivés de l'ergot de seigle " (مثل ما يدعى بـ " Gynergène ") .

غير أن معظم هذه الأنواع من الأدوية لم تعط النتائج الفعالة المطلوبة ، ولا يزال الصيدلانيون يقومون بمحاولات عديدة للتعرف الأكبر والأعمق على فعالية هذه الأدوية ، ومن المحاولات الحديثة في هذا المجال ، دراسة فريدمان " Friedman " عام 1986 التي حاولت تقدير فعالية الفيورينال " Fiorinal " والكودبين " Codeine " وخلصت إلى تفضيل إستخدام هذين النوعين من الدواء معا .

ودراسة ياتراكيس وجماعته " Iatrakis & al , " (1986) التي تناولت الأعراض السيكوسوماتية عند النساء اللواتي وصلن إلى سن اليأس وانقطعت عادتهن الشهرية ، بغرض التعرف على مدى فعالية إستعمال الهستروجين " oestrogène " في علاج الأمراض السيكوسوماتية وخلصت الدراسة إلى أن هذا العلاج قد يكون له تأثيرا إيجابيا على بعض الأعراض السيكوسوماتية غير أنه غير فعال في علاج الصداع والقلق والإكتئاب . . .

أما دراسة نيوتون وجماعته " Newton & al ; " (1986) فقد حاولت التعرف على فعالية البسبيرون " buspirone " في علاج القلق ، وخلص الباحثون إلى أن فعالية هذا الدواء كانت نسبية بخصوص علاج القلق حيث ظهر مفيدا بالنسبة لبعض أفراد عينة البحث وغير مفيد بالنسبة لبعضها الآخر بالإضافة إلى أنه قد أحدث آثارا جانبية تمثلت بالصداع عند 7 ٪ من المرضى الذين تعرضوا له . وحاول دورانت وجماعته " Durant & al " (1988) دراسة فعالية علاج نبروكسين السديوم " Neproxen Sodium " بالنسبة للمراهقين الذين يشكون من آلام مختلفة منها الصداع ، مركزين إهتمامهم في التعرف على الإرتباط بين الأعراض النفسية والإستجابة للدواء ، واستعملوا مقياس سبيلبرجر " Speilberger " لتقدير القلق ، فوجدوا أن هناك علاقة عكسية بين القلق والألم في الإستجابة لهذا الدواء بينما جاءت العلاقة إيجابية (طردية) في الإستجابة للدواء الزائف " Placebo " ومن المحتمل أن تكون مادة الفالبروات " Valproate " واعدة في مجال العلاج الصيدلاني للصداع المزمن إستنادا للنتائج التي خلص إليها ماتيو وآلي " Mathew & Ali " سنة 1991 . ومع ذلك فيظهر أن العلاج الصيدلاني قد يخلق تبعية كاملة للدواء حيث يتعود المريض عليه ولا يستطيع الإستغناء عنه ، علما أن هذه التبعية الكاملة للدواء شائعة كثيرا عند المصابين بالصداع المزمن والتي تقود بدورها إلى إضطرابات إضافية تزيد في تعقيد المشكل (الكند "Elkind " 1991) .

2 - العلاج النفسي :

شهدت السنوات الخمسة والعشرون الأخيرة تطبيقات متطورة وواسعة للتقنيات الصيدلانية والنفسية في الوقاية من الصداع وعلاجه . غير أن هذه التطبيقات لم تتعرض للمقارنة بين فعالية العلاج الصيدلاني الشائع والعلاجات الأخرى (النفسية) ، بالإضافة إلى أن نتائج الدراسات الكلينيكية التي قيمت هذين النوعين من تقنيات العلاج كل على إنفراد ، غير قابلة للمقارنة لأسباب عديدة منها أن هذه الدراسات إستخدمت مقاييس مختلفة لتقييم فعالية العلاج . وحديثا بدأ الباحثون بالتركيز على الطرق التي تدعم فعالية العلاج وتقلل من كلفته كالعلاج بالإسترخاء (هلرويد " Holroyd " 1991) . ولهذا إتضحت ضرورة مقارنة فعالية العلاج الصيدلاني الشائع بالعلاجات غير الصيدلانية (النفسية) وتم إختيار العلاج المعرفي السلوكي على أساس أنه أثبت فعالية من خلال عدد كبير من البحوث . وبينت النتائج التي حصل عليها هلرويد عام 1991 أن فعالية العلاج المعرفي السلوكي هي أعلى نسبيا من

من فعالية العلاج الصيدلاني وأنه يستحسن إستعمال النوعين من العلاج معا .

وقد بدأ الإهتمام بالتدخلات السلوكية نتيجة لما وضحته الملاحظات الكلينيكية من أن الأفراد الذين يعانون من الصداع هم أشخاص يعانون من القلق ويظهرون حساسية مفرطة لمواقف الضغط المحيطية (فونتين " Fontaine " 1984) . واستنادا إلى هذه الملاحظات إستعملت تقنية الإسترخاء بمختلف أنواعها خصوصا بعد أن بينت دراسات كل من شولتز " Schultz " في ألمانيا وجاكبسون " Jacobson " في الولايات المتحدة عام 1968 ، فعالية هذه التقنية في علاج القلق واضطرابات متنوعة أخرى . كما إستخدمت تقنية التغذية المرتدة من طرف بودوزنسكي " Buduzunski " عام 1972 في علاج الصداع إنطلاقا من الفرضية الشائعة أنذاك بأن الصداع التوتري ينشأ عن تقلص عضلات الرأس . وبينت النتائج التي نشرت عام 1973 أن هذا النوع من العلاج له فعالية كبيرة في علاج الصداع ، وقد تدعمت نتائج هذه الدراسة بنتائج أخرى في نفس السنة ، منها دراسة فيكرماسيكيرا " Wickramasekera " (1973) .

وفي عام 1977 ، أجرى بنسون (Benson) دراسات سيكوفيزيولوجية عديدة تركز هدفها الأساسي في التعرف على فعالية تقنيات الإسترخاء المتعددة في علاج الصداع ، وخلص إلى أن جميع تقنيات الإسترخاء بغض النظر عن نوعها مفيدة في علاج الصداع . كما أكدت نتائج دراسة أندرازيك " Andrasik " (1982) أن تقنية التغذية المرتدة لا تقود إلى نتائج إيجابية وثابتة تسمح بإعتبارها طريقة علاجية أكثر فعالية من الطرق الأخرى (الإسترخاء) نظرا لوجود متغيرات عديدة وغير محددة يمكن أن تتدخل في المسار العلاجي، بالإضافة إلى ما بينته دراسة أندرسون " Anderson " (1981) من عدم وجود علاقة مباشرة بين النشاط العضلي والألم في الصداع التوتري . و يؤكد كل من فيليبس " Phillips " (1981) وهنتير " Hunter " (1981) أن التغذية المرتدة كتقنية سلوكية لا تقود إلى التقليل من النشاط العضلي كما أنها لا تؤدي إلى تحسن عيادي .

ومن خلال كل هذه الدراسات يتضح أن المعالجين السلوكيين إستخدموا في البداية تقنية الإسترخاء في علاج الصداع ، غير أن ظهور تقنية التغذية المرتدة وشيوعها قاد العديد من الباحثين والمعالجين إلى إستخدام هذه التقنية في علاج الصداع ، علما أن غالبية

الدراسات وجدت أن تقنية الإسترخاء غالبا ما تتفوق على تقنية التغذية المرتدة في هذا المجال، الأمر الذي قادهم إلى العودة إلى إستخدام تقنية الإسترخاء من ناحية كما قادهم من الناحية الأخرى إلى القيام بدراسات تقييمية لمقارنة مدى فعالية هاتين التقنيتين في علاج الصداع .

وفي عام 1983 قدم كوترو " Cottraux " برنامجا علاجيا للصداع يقوم أساسا على الإسترخاء الذي يتم تدعيمه بالتغذية المر[illegible] ، حيث يتم تقديم الإسترخاء والتغذية المرتدة معا في المرحلة [illegible]ولية من العلاج والتي تستغ[illegible] أربع حصص ، وفي المرحلة الثانية يقتصر البرنامج ال[illegible]جي على تقديم الإسترخاء دون [illegible]تغذية المرتدة . ثم يعود في المرحلة الثالثة والتي تمتد إلى أ[illegible] حصص إلى تقديم التقنيتين مرة أخرى ، أما المرحلة الأخيرة والتي تستغرق سبع [illegible] فيتم فيها تقديم تقنية الإسترخاء فقط ، علما بأن الباحث المعالج قد إستخدم تقنية ا[illegible]ة المرتدة لتحقيق هدفين ، الأول هو توعية المريض بأهمية عملية الإسترخاء والثاني هو تعليم [illegible]ريض كيفية القيام بعملية الإسترخاء وتدريبه عليها .

وتمثل دراسات بلانشارد وجماعته " Blanchard & al ; " تطورا واضحا في مجال العلاج النفسي للصداع حيث أنها أدخلت التقنيات المعرفية إلى جانب التقنيات السلوكية في علاج هذا المرض وانعكاساته النفسية ، وقد نشر بلانشارد و جماعته " Blanchard & al ; "دراسات لا حصر لها تركزت حول تقدير فعالية التدخلات المعرفية السلوكية المختلفة ، وظهرت درا[illegible]ات أخرى حاولت التعرف على الخلل في الجوانب المعرفية التي [illegible] بالصداع ، منها در[illegible] بنجين وباكال " Denjen & Bakal " (1986) .

وقادت نتائج كل هذه [illegible]اسات إلى زيادة الإهتمام بالتعرف على العوامل المرتبطة بالـ[illegible]ع من جهة وإلى ضرور[illegible]خدام الطرق الموضوعية في تقدير هذه العوامل من جهة أخـ[illegible] ، الأمر الذي قاد إلى إسـ[illegible]ام العديد من المقاييس الموضوعية في تقدير فعالية الـ[illegible]ات المعرفية السلوكية فـ[illegible]ج الصداع وفي تقدير العوامل النفسية المصاحبة لله[illegible]ع . وفي هذا الصدد تـ[illegible]يم عدد من المقاييس مثل مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه " [illegible]I " M. M . (ويليامس [illegible]ته ; Williams & al " 1986) و (رابابورت وجماعته [illegible]& al " Rappap[illegible] " 1987) ، [illegible]ثم مارتين " Martin " وهلرويد " Holroyd " وبنزيين " [illegible]en " [illegible] " عام 1990 مقياسا [illegible]ثم في الصداع يعرف بـ " The headache - specif-[illegible]ic locus of control [illegible]e " ، بلانشارد وجماعته " Blanchard & al ; "عام 1989 "

بقياس الظواهر الفيزيولوجية المصاحبة للصداع ، واتضح من خلال كل هذه الدراسات أن البحوث في فعالية العلاج النفسي للصداع تقتضي إستخدام مقاييس مختلفة تحدد مستوى الأعراض النفسية المصاحبة للصداع كالقلق والإكتئاب وتقدير الذات وفعالية الذات . كما إتضح أن التسجيلات اليومية ضرورية في عملية التشخيص والعلاج والتقييم حيث قدم لانشارد وجماعته عام 1987 بحثا لتقدير أفضل مدة تستغرقها التسجيلات اليومية قبل بداية العلاج للحصول على الخطوط القاعدية ، وخلص الباحثون إلى أن مثل هذه الخطوط القاعدية يمكن الحصول عليها من خلال التسجيلات اليومية التي تستغرق أربعة أسابيع كاملة يتم فيها التسجيل أربع مرات في اليوم الواحد . كما لم يقتصر عمل هذه المجموعة من الباحثين على تقديم البرامج العلاجية وتقدير فعاليتها في علاج الصداع بل عمدت إلى التعرف على ثبات العلاج بعد مدة طويلة من إنتهائه عن طريق الدراسات التتبعية (بلانشارد وجماعته " Blanchard & al ; " 1988) .

وفي السنوات الأخيرة بدأ الباحثون بالإهتمام بجوانب إضافية أخرى هدفها الحصول على أ[illegible] فائدة ممكنة من العلاج بأقل كلفة ممكنة من ناحية الوقت والمال ليصبح العلاج النفسي [illegible] في متناول الجميع ، وعموما تعتمد هذه البرامج العلاجية على تقديم بعض الحصص من طرف المعالج ثم يتم تدريب العميل على القيام ببعض التمرينات المنزلية الأمر ال[illegible] يجعله بغير حاجة ماسة إلى إلقاء المعالج أسبوعيا (بلانشارد وجماعته " Bla[illegible]ard & al ; ") (هلرويد وجماعته " Holroyd & al " 1991) .

أما [illegible]خصوص الدراسات السابقة التي تناولت علاج الصداع إستنادا إلى المنظور التحليلي الكلا[illegible]كي فقد إعتمدت على إفتراضات نظرية مسبقة تفيد بأن الصداع هو عرض لعصاب ما أو [illegible] إصابة سيكوسوماتية ، فإذا ما حاول المعالج القضاء على هذا العرض أو التخفيف منه فإن [illegible] يعني وفقا لإفتراضات النظرية العمل على خلق إضطراب أكبر . أما إذا أعتبر الصداع إصابة سيكوسوماتية فيحاول المعالج حينئذ أن يساعد العميل على التعبير عن الإحساس الدفين [illegible] كما يساعده على الوعي بالرغبات والمطالب المفرطة التي يضعها على نفسه ، حيث يؤكد [illegible]مارتي " Pierre Marty " عام 1951 ان الصداع يعبر عن كبح مؤلم لعملية التفكير ([illegible] باسيني " Haynal & Pasini " 1984) . بين[illegible] هيلد " Held " عام 1977 أن علا[illegible]صداع يجب أن يقوم على العلاج النفسي ا[illegible]وحى من النظرية

التحليلية والعلاج الصيدلاني (إستعمال الأدوية الكيماوية) حيث يتم إستخدام الدواء هنا كوسيلة إتصال بين المعالج والمريض لتدعيم العلاقة الوثيقة بينهما ، فضلا عن فائدته المباشرة .

وعموما ، يرى المحللون ، أن من الضروري أن يكون المعالج جذرا من المرضى الذين يعانون من جميع الإضطرابات السيكوسوماتية حيث يجب عدم مساعدتهم على الرؤية العميقة لرغباتهم اللاشعورية المكبوتة بل يستحسن العمل على تدعيم آلياتهم الدفاعية العصابية . كما يرون أن التعامل مع مثل هؤلاء المرضى يحتاج إلى فن كبير لتفادي التبعية الكبيرة للمعالج (بيرجيري " Bergeret " 1986) .

وتجدر الإشارة إلى أن المحليلين لا يؤمنون بجدوى تقدير فعالية علاجاتهم حيث أن مثل هذا التقدير يتناقض مع المبادىء الأساسية للعلاج التحليلي (أمثال شانوي " Chanoit " 1983) ومع ذلك فقد ظهرت بعض المبادرات في هذا المجال في السنوات الأخيرة ، منها أعمال أنزيو " Anzieu " وغيره عام 1983 .

العلاج الكلاسيكي

. المنظور السيكوسوماتي

. العلاج البؤري Focal Therapy (المستوى من التحليل النفسي)

المنظور السيكوسوماتي :

يتطلب تحديد مفهوم السيكوسوماتية الرجوع إلى تاريخ هذه الحركة النظرية ، التي إنطلقت من بحوث مدرسة شيكاجو " Chicago " لأنها مثلت ثورة حقيقية في ميدان الصحة آنذاك (1930) ، وكونت نقطة إنطلاق البحوث الموالية ، ولا يزال الباحثون السيكوسوماتيون يستعملون مفاهيمها وإن غيروا في التنظير وأضافوا مفاهيم أخرى .

ولمعت أسماء الكسندر " Alexander " ودنبر " Dunbar " ووايس " Weiss " وإنجليش " English " وكوب " Cobb " ودويتش " Deutsch " وجرينجر "Gringer " وشبيجل " Speigel " وغيرهم . . .

ويعتبر ألكسندر " Alexander " رائد هذه المدرسة التي قامت إفتراضاتها النظرية على المفاهيم التحليلية ، فقد خلص ألكسندر وجماعته " Alexander & al " (1950) إلى وجود صراعات نووية معينة تحدد الإضطرابات السيكوسوماتية ، وحددوا مجال السيكوسوماتية في سبعة (7) أنواع من الإضطرابات هي : القرحة المعدية والربو وارتفاع ضغط الدم والإفراط في عمل الدرقية والتهاب المفاصل الرثيوي والتهاب المستقيم والإكزما .

وميز ألكسندر بين الهستيريا والأمراض السيكوسوماتية ، حيث أنه يرى أن المريض الذي يعاني من الهستيريا يعبر عن صراعه بإضطرابات في الجهاز العصبي – العضلي ، بينما المريض السيكوسوماتي يعبر عن إضطرابه في الجهاز الحشوي الداخلي .

ويمكن الخروج من خلال تنظير ألكسندر بنوعين من المرضى السيكوسوماتيين ، يعبر النوع الأول عن إتجاهات عدوانية ويعبر النوع الثاني عن إتجاهات مكبوتة ترمي إلى التبعية وطلب السند . أما دوتش " Deutsch " (1953) فقد إقترح طريقة للتعرف على تاريخ المرض بالترابطات الحرة ، وتمثل هذه الطريقة منطلقا لتنظير مدرسة باريس التي يتزعمها بيار مارتي " Pierre Marty " (1963) .

ويرى محللون آخرون أن هذه الإضطرابات تشير إلى وجود نكوص يترتب عن إختلالات " الأنا " ويؤدي إلى إعادة تجسيد " re - somatisation "وقد قدم شور " Shur " (1959) تفسيرا لذلك مفاده أن المرض يعمل على جعل المريض يرتد (ينكص) من طريقة تفكير تقع ضمن الأساليب الدفاعية الثانوية إلى طريقة تفكير تقع ضمن الأساليب

الدفاعية الأولية ، في حين تظهر إعادة التجسيد في نفس الوقت (هينال وباسيني ، ص 21 – 22) . أما جرينجر وجماعته " Gringer & al " فهم يرجعون أصل المرض إلى الشهور الأولى من الحياة حيث يمثل المرض حالة النكوص إلى هذه المرحلة المبكرة التي لا يمكن التميز خلالها بين البيولوجي والنفسي .

ورغم هذه الخلافات البسيطة إلا أن الجميع يتفق على أن الأشخاص الذين يعانون من مرض سيكوسوماتي خطير لديهم نقاط تثبيت ونكوص تقع في مرحلة تطورية قبل تناسلية ويرى مارتي " Marty " (1976) أن نقاط التثبيت تتكون تدريجيا من خلال المقاومة التي تحصل بين الحركات التقدمية " mouvements évolutifs " والحركات التراجعية " mouvements contre - évolutifs " ويتم تنشيط الحركات التقدمية من طرف البرنامج المحدد في بداية الحياة ، بينما تسير الحركات التراجعية في إتجاه عكسي ، محاولة بهذا إرجاع التنظيم الوظيفي إلى حالة سابقة أقل تنظيما . ويقول مارتي " Marty " (1976 ، ص 104) " إن إفساد التنظيم – الذي يدل على حق التقدم لغرائزالموت – يفرض نفسه عندما يفشل التنظيم الذي تحركه غرائز الحياة ، فيمس بالدرجة الأولى ، أعلى طابق تطوري ، ولا يتوقف في طريقه المعاكس هذا إلا بعد الإلتقاء بدرجة متينة من التنظيم الأقل تطورا " .

ويرى المحللون أن الأمراض السيكوسوماتية تقع في المنطقة الحدية بين الذهان والعصاب ، وهم يطلقون على هذه الأمراض تسميات مثل عصاب العضو " névrose d'organe " وذهان العضو " psychose d'organe " ، أما مارتي " Marty " فإنه أدخل مفاهيم جديدة كعصابات العقل " névroses mentales " وعصابات الطبع " névroses de caractère " وعصابات السلوك " névroses de comportement " . وهو يؤكد أن الزملة العرضية تبقى عديمة المعنى دون الرجوع إلى الإقتصاد العام للفرد ، وهنا يقدم مارتي " Marty " تفسيرا جديدا بالنسبة لرواد السيكوسوماتية الذين حاولوا إيجاد تفسير نفسي مرتبط بالزملة العرضية وقد قامت بحوث عديدة حول العلاج النفسي للأمراض السيكوسوماتية إنطلقت من مختلف هذه الفرضيات التحليلية . ويعتقد التحليليون أن تحديد المرض السيكوسوماتي يتطلب دوما الكشف عن وجود الصراع والتعرف على إرتباطه بالإضطرابات الذي يعاني منه المريض (أي " EY " 1978) ، وعموما فهم يعتبرون

الصراعات التي يعاني منها المريض مع عالمه الخارجي والتي يحولها إلى الداخل أحد العوامل التي تسبب حدوث المرض (بريجيري " Bergeret " 1986) . وتؤدي هذه الصراعات إما إلى مظاهر مرضية نفسية أو إلى مظاهر جسمية أو إلى الإثنين معا . ويمكن للإنفعالات أن تسبب توترا وظيفيا مزمنا يقود إلى إضطرابات وظيفية مزمنة كما يمكن أن تحدث الإضطرابات عن طريق تحويل إستثارات الجهاز العصبي المركزي نحو الجهاز العصبي المعيشي نتيجة عدم قدرة الشخص على التعبير عن قلقه وعدوانيته وتحمل الوضعية التي تتسبب في ظهور المرض معنى وجدانيا خاصا بالنسبة للمريض يرتبط بماضيه أو بإشكالية صراعية غير محلولة (برجيري " Bergeret " 1986) .

ويرى العديد من التحليليين ، أمثال سكواتي ورينود " Squati et Re- nauld " (1972) أن الألم يحمل ذاتية كبيرة نظرا لإرتباطه بالعوامل الإنفعالية والعلائقية المحددة عن طريق التجربة الطفلية والثقافة . فقد وجد ساسز " Szasz " (1977) في دراساته حول الألم ، أن " الأنا " يستعمل ميكانزمات دفاعية ضد الألم يمكن مقاربتها بالميكانزمات المستعملة ضد القلق . وحدد هذه الميكنزمات بثلاث مستويات ، هي :

1 – يمثل الألم إشارة مقابلة لتهديد الكمال البنيوي والوظيفي ، يعني أنه يمثل تبليغ من طرف الجسد تجاه الشعور .

2 – يعبر الألم عن طلب مساعدة ويعني أنه يمثل إتصال بين المريض والآخر .

3 – يعبر الألم عن خوف المريض من فقدان الموضوع (يعني الشخص الذي ينتظر منه الإعتناء) .

ويعتبر العديد من التحليلين أمثال (ساسز " Szasz " 1977) أن الألم يتضمن العديد من المعاني الرمزية مثل الحاجة إلى المساعدة والشعور بالرفض عند مواجهة الإحباط والعدوانية المقنعة نحو الموضوع الرافض .

وهكذا قد يكون الألم تعبيرا عن الإكتئاب (الإكتئاب المقنع) ويؤكد التحليليون ان هناك علاقة تبادلية بين الألم والقلق (هينال وباسيني " Haynal et Pasini " 1984) .

ولعل كل هذه المعطيات تقدم التبرير العلمي الذي جعل الباحثة تركز على علاج القلق في الكفالة النفسية للمصابين بالصداع .

العلاج البؤري : " Focal Therapy "

فرضت الممارسة العيادية اليومية على العيادي الذي يستند إلى النظرية التحليلية ، تطورات كبيرة في طرقه العلاجية .

ويؤكد الأديف " Alhadeff " (1989) أن تجربته في الممارسة العيادية التي إمتدت (25) سنة جعلته يجري العديد من التعديلات على العلاج المستوحى من النظرية التحليلية حيث أنه بدأ يهمل تحليل عملية التحويل ويركز على الآليات الدفاعية للفرد ، ويعطي أهمية كبرى للعلاقات المتبادلة التي تقوم على النمط السادي – المازوشي ، ويؤكد ضرورة إستعمال مفاهيم مبسطة في علاقة الفاحص مع المفحوص .

ويحدد العلاج النفسي في الممارسة اليومية بالنسبة للتحليل النفسي كعلاج موجه للإستجابة للمتطلبات اليومية في ظروف يتعذر إختيارها (جانو وبيسي" Jeanneau et Bisset " 1982) . وهذا التحديد يتلاءم وظروف الممارسة في المصالح العمومية من أجل تغطية إحتياجات مجتمع يقع في إطار واسع من المشكلات النفسية .

ولهذا السبب فإن الفاحص يستعمل علاج نفسي-لاليف " Lalive " (1983). على النحو التالي :

– هو علاج نفسي سندي لأنه يستعمل القدرات التكيفية للعميل ولا يسعى للإستبطان والإستكشاف .

– هو علاج نفسي يقوم على حل أزمة لأنه يهتم بالتعرف على الظروف العلائقية والإجتماعية التي ظهرت فيها المشكلة الحالية .

– هو علاج تنظيمي لأنه يعتمد على تفهم القيمة العلائقية أثناء معاناة المريض ويهدف إلى تغييرها .

– هو علاج مستوحى من التحليل النفسي لأنه يفسر المشكلة بمفاهيم تحليلية نفسية ويهدف إلى فهم إقتصاد الأعراض وأساليب الدفاع .

وعموما غالبا ما يكون هذا النوع من العلاج النفسي قصير المدى لأنه يتطلب ما بين (3) و (10) حصص علاجية تمتد على فترة زمنية تتراوح ما بين شهر وستة أشهر . ويوضح بردا " Berdah " (1983) أن تجربته سمحت له بالحصول على نتائج جيدة بعد شهرين من العلاج النفسي وهو يرى أن العلاج النفسي لا يحتاج إلى الإمتداد في الزمن لكي يكون فعالا .

ويستعمل مصطلح العلاج النفسي البؤري" Focal Therapy " للإشارة لعلاج يتمركز حول بؤرة صراعية " Foyer conflictuel " يتم التعرف عليها وتحديدها عن طريق تعبير المفحوص عن مشكلته الحالية ، وهو يقوم على تقنية أساسية واحدة هي المقابلة الموجهة .

وتتمحور المقابلة حول المواضيع التي ترتبط بخطوات العلاج والتي تتمثل أساسا بما يأتي :

– يعمل المعالج على فسح المجال للمفحوص كي يتعرف على معاناته الحالية ويعبر عن توقعاته .

– يقبل الفاحص هذا التعريف دون أن يقوم بربط المعاناة الحالية بالمشكلات النفسية القديمة أو العميقة .

– يسمح للمفحوص بالتعبير عن تصوره المثالي للسير النفسي .

– يتقبل الفاحص هذا التصور ويعمل على جعله أكثر مرونة بالتأكيد على الطابع المؤقت للمشكلة ويفسر للمفحوص الإرتباط الموجود بين الحادث المؤلم ومشكلته الحالية .

– يسمح للمفحوص بإستبصار مشكلته وبالتعرف على صراعاته .

– يحلل الفاحص هذه الصراعات .

– يسمح للمفحوص بالتعرف على آلياته الدفاعية الخاصة بالمشكل الحالي .

– يوضح الفاحص للمفحوص مشاعره العدوانية .

- يسمح للمفحوص بالتعبير عن عدوانيته بتوجيهها من الداخل نحو الخارج ، الأمر الذي يسمح له بإسترجاع نرجسي يسمح له بربط علاقات مرضية واتخاذ قرارات قيمة ، فتنخفض شدة معاناته .

- يفضل إستخدام المفاهيم المبسطة في العلاقة العلاجية .

وتجدر الإشارة إلى أن هذا العلاج النفسي لا يتنافى مع تناول الأدوية الكميماوية ويرى هيلد " Held " (1977) بأن الأدوية يمكن أن تساعد في إنطلاق العلاج النفسي بالتخفيف مع معاناة المفحوص من الخوف والعدوانية .

العلاج المعاصر

. النموذج البيوسيكواجتماعي Biopsychosocial Model
. العلاج السلوكي المعرفي

النموذج البيوسيكواجتماعي :

ظهر المنظور البيوسيكواجتماعي ليجمع بين مختلف التناولات في ميدان الصحة بعد أن عجزت جميعا عن تقديم تفسير كامل لظهور المرض وتثبيته ومعاودته ، وهو تناول متعدد الجوانب (approche multidimensionnelle) يدرس الإنسان كوحدة سيكوبيولوجية ويهتم بجميع المتغيرات البيولوجية والنفسية والإجتماعية التي تحدد الوضع السيكوبيولوجي للإنسان – في صحته ومرضه – دون تفضيل واحدة على الأخرى .

وظهر هذا الإتجاه في العشرية الأخيرة بعد أن سمح ظهور النموذج السيكوفيزيولوجي في الخمسينات بردم الهوة بين النفس والجسد والمحيط .

وقد قدم ولف " Wolff " (1947) تجارب عديدة حول دور العوامل النفسية الإنفعالية في التغيرات الفيزيولوجية حيث أن هذه العوامل قابلة للتقدير من جهة ، ويمكن قياس مدى إرتباطها بالتغيرات الفيزيولوجية والمحيطية من جهة أخرى . ولم يكن هدف هذه التجارب التوصل إلى العلاقات السببية بين هذه المتغيرات بل هدفت إلى عزل أنماط خاصة من الإستجابات للضغط النفسي – الإجتماعي ، فخلص ولف إلى عدم وجود صراع نفسي داخلي خاص ، بل هناك إستجابة وظيفة خاصة بالفرد مرتبطة بالإستثارات الإنفعالية المحيطية .

وبينت دراسات سيلي " Selyé " عام 1956 أن المؤثرات الإنفعالية المزمنة يمكنها أن تحدث إضطرابات وظيفية متكررة كما يمكنها أن تقود إلى خلل عضوي مثلما هو الحال بالنسبة للمؤثرات ذات الطابع التعفني والتسممي والرضي .

وقديما درج الباحثون على إعتبار المرض إما سيكوسوماتيا أو تحويليا (هستيريا) أو عضوي المنشأ ، غير أن علم النفس الفيزيولوجي قدم توضيحات حول الصلة القائمة بين الجانب النفسي والجانب العضوي ، وبين أن الإستثارات بكل أنواعها – النفسية منها والإجتماعية – تؤثر في جهاز المناعة (ماركس وجماعته " Marks & al ; " 1986) . وأثبتت دراسة نيل وجماعته " Neale & al ; " عام 1987 ، تأثير إضطرابات المزاج في جهاز المناعة ، كما بينت دراسات وليامسون وجماعته "Williamson & al;" (1988) أثر العوامل النفسية في تثبيت المرض وأكدت العلاقات الوثيقة بين الجانبين النفسي والعضوي ،

كما وضحت مختلف الدراسات (من بينها التي إستعرضها باكال " Bakal " 1979) أن أي خلل بيولوجي يمكن أن يقود إلى إضطراب الجانب النفسي .

وأثبت البيولوجي السويدي أولف فون أولر " UIF von Euler " عام 1946 فرضية كانون " Cannon " التي تقول أن إستثارة الجهاز السمبثاوي تسمح بإطلاق وسيطين كيمياويين هما الأدرينالين " adrenaline " والنورادرينالين " noradrelanine " ويشكل الأدرينالين الأغلبية الساحقة من زملة الكاتيكولامين " catecholamines " المسؤولة عن عدد من التغيرات الفزيولوجية مثل إرتفاع ضغط الدم وإرتفاع نسبة السكر في الدم . أما النورادرينالين فهو تدخل في الحالات الإنفعالية خصوصا القلق والخوف ، ولهذا فإن المصابين بالقلق يظهرون إستجابات كالإرتعاش والعرق والتوتر العضلي (ميير " Meyer " 1977) وبينت عدة دراسات منها دراسة جريفيتش " Griffiths " 1981 أن كل الإستجابات تميل إلى الإنعدام إذا ما وضعنا الشخص القلق في وضعية مريحة ، ولهذا فالعلاج بالإسترخاء يمكن أن يقود إلى نتائج إيجابية معتبرة . وهكذا تتضح العلاقة الوطيدة بين الجهاز العصبي والسلوك .

وقدم ملزاك ووال " Melzack & wall " عام 1965 نظرية بوابة الألم (Gate theory) التي تقوم على تحليل آليات الألم وقد مثلت هذه النظرية منعرجا كبيرا في دراسة الألم والتعرف على طرق السيطرة عليه ويعود لها الفضل في توضيح العلاقات الوثيقة بين شدة الألم والعوامل النفسية المحيطية حيث تزداد شدة الألم عند توقع حدوثه كما يشتد القلق ويتضخم إثر التعرض لإزعاجات ضعيفة بالنسبة للشخص الذي يمتلك حساسية مفرطة لهذه الإزعاجات . وعلى العكس من ذلك فإن التنبيهات القوية يمكن السيطرة عليهل مثل كسر الساق عند لاعب الكرة الذي يستمر في اللعب دون الإحساس بالألم .

ومن خلال كل ذلك يظهر أن التناول النفسي – البيولوجي يقوم على فرضيتين أساسيتين ، هما :

1 – ان وجود التلف العضوي عند مريض ما لا يعتبر مؤشرا لعدم أهمية العوامل السيكولوجية ، فالمثير السيكولوجي يمكن أن يلعب دورا أساسيا في دوام الإضطراب المرتبط بالتلف . كما أن الظروف التي تقود إلى المرض (الإضطراب) قد لا تكون هي الظروف التي تعمل على دوامه أو إستمراره .

2 – ان الناحية السيكولوجية أو ما يسمى بالصحة النفسية يمكن أن يكون لها تاثيرين ، فهي تساعد على تقبل المرض الجسمي وتضعيف المقاومة للعلاج الطبي خصوصا بالنسبة للأمراض المزمنة . كما قد تساعد الصحة النفسية على مواصلة العلاج حتى ولو كان طويلا وصعبا وبالتالي فهي تبعد حالة الإنتكاس عند المريض أو حالة التدهور (باكال 1979 " Bakal " ص 2 – 13) .

كما يظهر أيضا أن هذا التناول لا ينظر إلى المرض كظرف يمكن أن نجده مستقلا عن الإنسان ، فنحن دوما نتعامل مع الناس المرضى وليس مع الأمراض (المرجع نفسه) .

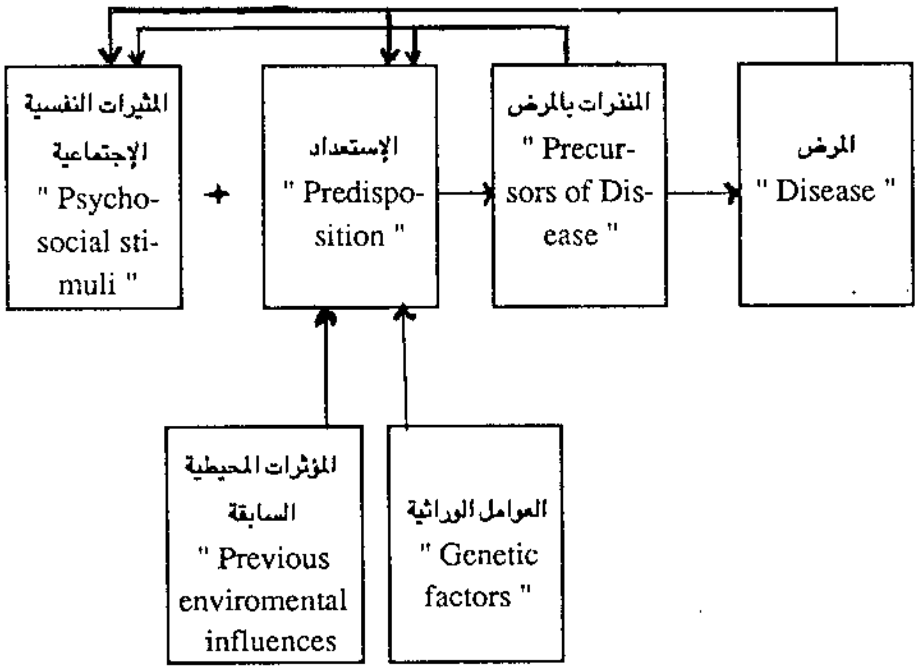
وقد قادت نتائج كل هذه الدراسات وغيرها مما لا يتسع المجال لحصره في مثل هذا البحث ، إلى ضرورة البحث في العلاقات المتبادلة بين المحددات البيولوجية والمحددات النفسية والإجتماعية لتفسير الصحة والمرض . وأصبحت المشكلة التي تواجه جميع البحوث ذات العلاقة بالصحة تتمثل في شرح كيفية التفاعل بين العوامل المختلفة النفسية والإجتماعية والبيوكمياوية في عملية المرض .

وقد قدم نموذج الإستعداد / الضغط (Diathesis - stress Model) إطارا مفاهيميا (تصوريا) (Conception Frame work) لفهم التفاعلات المعقدة بين العوامل المحيطية " النفسية والإجتماعية " وبين العوامل الفيزيولوجية يمثلها الشكل رقم (1) (باكال " Bakal " 1979 ص 75) . فعلى المستوى الفيزيولوجي يفترض النموذج أن الفرد يمتلك قابلية للإصابة بالمرض – إستعداد أو تهيؤ – لتطور إضطراب معين قد يكون صداعا أو قرحة معدية أو إرتفاع في ضغط الدم . فعندما يكون مثل هذا الإستعداد موجودا ويتعرض الفرد للمثيرات النفسية الإجتماعية (في حضور المثيرات النفسية الإجتماعية الملائمة) يظهر حينئذ تنوعا من ردود الأفعال النفسية والفيزيولوجية .

وردود الأفعال هذه إذا ما إستمرت ، قد تعمل كمنذرات أو عوامل تمهيدية – مهيئات للمرض – أو أسباب للمرض .

الشكل رقم (1)

نموذج الإستعداد / الضغط (عن باكال " Bakal " 1979 - ص 75)



* المرض يكون مثيرا نفسيا إجتماعيا .
* التنذير يكون مثيرا نفسيا إجتماعيا
* التنذير بالمرض يكون إستعدادا (تهييء)
* المرض نفسه يكون الإستعاد (القابلية)

والحصيلة كما هي موضحة في الشكل رقم (1) ليس بالضرورة أن تكون عملية ذات إتجاه واحد لأنها نظام أو نسق تتفاعل فيه المتغيرات بإستمرار .

وهكذا يتضح أن هذا النموذج يربط بين العوامل الفيزيولوجية والمحيطية ربطا مفيدا وفعالا - يوجه العياديين في بحثهم عن الأجوبة للتساؤلات المطروحة - فهو يؤكد التفاعل الثابت والدائم بين الإستعداد للمرض (Predisposition toward disease) والعوامل المحيطية - أو الوقائع الحياتية التي تربك الناس - (الضغط " Stress ") . حيث يشير مصطلح الإستعداد " Diathesis " عموما إلى إستعداد تكويني للمرض ، غير أن هذا المصطلح قد يمتد ليشمل أي ميل أو نزعة (tendency) قد يمتلكها الفرد للإستجابة بطريقة معينة للضغط المحيطي . وهي تخص العوامل المعرفية مثل الشعور المُزمن بالعجز الذي يشير إلى الإستعداد للإصابة بالإكتئاب . وفي الواقع ينهار بعض الناس (أو يصاب بعض الناس بالإنهيار) بطرق معينة عندما يتعرضون لضغوط معينة ، بينما لا يحصل مثل هذا الأمر عند بعضهم الآخر ، إذ قد لا يصاب البعض الآخر بأي إنهيار رغم تعرضه لضغوط شديدة جدا . ويفسر النموذج ذلك بأن النوع الأول يفترض أنه قد ورث قابلية فيزيولوجية تضعه في خطر عال للإصابة بالفصام ، فعندما يتعرض مثل هؤلاء الأفراد لكمية معينة من الضغط - وتكوينهم الفيزيولوجي بهذا الشكل - يكون إحتمال إصابتهم بالفصام كبيرا . أما الفريق الثاني - الذي لم يرث مثل هذا الإستعداد - فإن خطر الإصابة بالفصام يكون ضعيفا أو واطئا ، بغض النظر عن الصعوبات التي يواجهها في الحياة ، فمهما تكن الصعوبات التي يتعرض لها هذا الفريق فإن إحتمال إصابته بالفصام يكون ضعيفا (دافيسون ونيل " 1986 Davison & Neale " ، ص 51) .

ولهـذا المنظور دلالات عـديدة – لفـهم المرض والعناية بالمريض – حـيث يوضح النموذج أن القابلية (vulnerability) البيوكمياوية لا تكفي لشرح بدء المرض إذ أن ظهور المرض أو عـدم ظهـوره يعـتمـد على وجـود عـوامل عديدة أخرى تضم العوامل النفسيـة والإجتماعية .

وهكذا تتفاعل زنود الأفعال النفسية الفيزيولوجية " Psychophysiological " للحياة والتغيرات الحياتية مع العوامل البيوكمياوية لتغير الحساسية " Succeptibility " وتـؤثر فـي وقـت إبتـداء المـرض وفـي شـدة المـرض وفـي المسـار الـذي يأخـذه (إنجـيـل " Engel " 1977 (باكال " Bakal " 1979 ص 74) ، وحتـى تـؤثر فـي ذلك المتغيـرات الثقافيـة الواسعـة أو العامـة إذ ثبت أن المعدلات العالية للمرض تظهر عنـد الناس الذيـن يـتعرضـون للصـراعات الإجتماعيـة التي يعيشـون فيهـا أو يـعـمـلون ، حـيث وجـد كـاسـيل " Cassel " (1964) أن أعلى تقديرات للمرض تتواجد عند الأشـخاص الذين يتعرضـون للصراعات بين خلفيتهم الإجتماعية ومتطلبات أوضـاعهم الإجتماعية الحالية ، وخلصت بحوث زبوروفسكي " Zborowsky " (1958) إلى أن الإسـتـجـابة للألم والمرض تخـتلف بين الجماعات الثقافية المختلفة ، فوجد مثلا أن الأمهات الأمريكيات نوات الأصل اليهودي والأصل الإيطالي واللاتي هاجرن حديثا إلى الولايات المتحدة الأمريكية ، أكثر عرضـة للقلق ويظهرون إهتمامـا مفرطا بصحة أطفالهن بالمقارنة مع الأمهات اللواتي إستوطنت أسرهن في الولايات المتحدة من أجيال عديدة .

كما لاحظ ميكانيك " Mechanic " (1963) أن اليهود الأمريكيين يترددون على الأطباء ويتعاطون العقاقير بدرجة أكبر بالمقارنة مع البروتستانت والكاثوليك .

كما قام زولا " Zola " (1966) بدراسة قارن فيهـا بين الأمريكيين الإرلنديين والأمريكيين الإيطاليين حول طريقة تقديم الشكوى المرضية ، فوجد فروقا واضحة رغم وحدة التشخيص . وتبين له أن أعراض المرض تعكس الإهتمامات الخاصة بالثقافة وبقيم الجماعة .

علما إن مثل هذه الفروق لا تقتصر على الثقافات المختلفة فقط بل أنها تشمل الثقافات الفرعية داخل المجتمع الواحد حيث يقود إختلاف أسلوب الحياة واختلاف القيم إلى تنوع في الإستجابة للمرض من جهة وإلى تنوع الأمراض وشدتها ومسارها من جهة أخرى (لازاروس " Lazarus " 1976) .

ومن الطبيعي أن يشمل ذلك الأفراد أيضا حيث تختلف الخبرات الحياتية والضغوط النفسية والإجتماعية والإستعدادات الموروثة منها والمكتسبة ، من فرد إلى آخر ، كما تختلف الإستجابات الفيزيولوجية منها والسلوكية بإختلاف الأفراد ، ولعل كتاب وليامس " Williams " المنشور عام 1967 يقدم الدليل على الفروق الفيزيولوجية الموجودة بين الأفراد والفروق في الإستجابة الفيزيولوجية للضغط (باكال " Bakal " 1979 ص 76) .

ومن أبرز الباحثين العياديين الذين إستخدموا هذا النموذج في ممارستهم الكلينيكية وفي بحوثهم العيادية ، هولازاروس " Lazarus " الذي قدم نموذجا للضغط أساسه أن الإستجابة للضغط تترتب على الطريقة التي يدرك بها الفرد الوضعية الناغطة حيث أن الفرد يواجه الخطر أو الوضعية الصعبة بإستجابة خاصة مرتبطة بسياق محدد . ففي أول الأمر يحاول الفرد أن يقوم بتقييم معرفي " Cognitive appraisal " أولي " Primary ap- praisal of threat " حسب نوع الحدث واستبصاره الشخي به ، ويتفهم الوضع بالرجوع إلى خبراته السابقة . وبعد هذا التقييم الأولي يقوم الفرد بتقييم ثان " Secondary apprai- sal " يكون أكثر دقة حيث يسعى إلى إستنتاج خصوصيات الموقف ، ويسمح للفرد بتكييف قدراته ومهاراته مع الخطر (Coping mechanisms) . وأخيرا يتخذ القرار (outcome) إما بمواجهة الخطر والتصدي له أو بتفادي الصعوبة – الخطر – بالإحاطة بها أو بالهروب من المشكل ، وتشير كل هذه الإستجابات إلى الأداء المباشر (Direct action) أما الأداء غير المباشر (Palliative action) فيتمثل في الحل المؤقت للمشكلة – الخطر – والذي غالبا ما يكون عن طريق تناول الأدوية أو الإسترخاء أو التنويم ، وهذا يعني أن الفرد يلجأ إلى إستخدام وسائل إصطناعية في مواجهة الخطر – الضغوط – (باكال " Bakal " 1979 ص85 – 91) .

وحديثا قدم كوترو " Cottraux " (1983) نموذجا يوضح دور العوامل النفسية والإجتماعية في حدوث المرض يمثلة الشكل رقم (2) ، ويؤكدأن هذا النموذج النظري يسمح بالتعرف على كل مراحل المرض كما يسمح بالتدخلات السيكولوجية من أجل الوقاية والعلاج إستنادا إلى المراحل الآتية :

- تغيير المحيط .

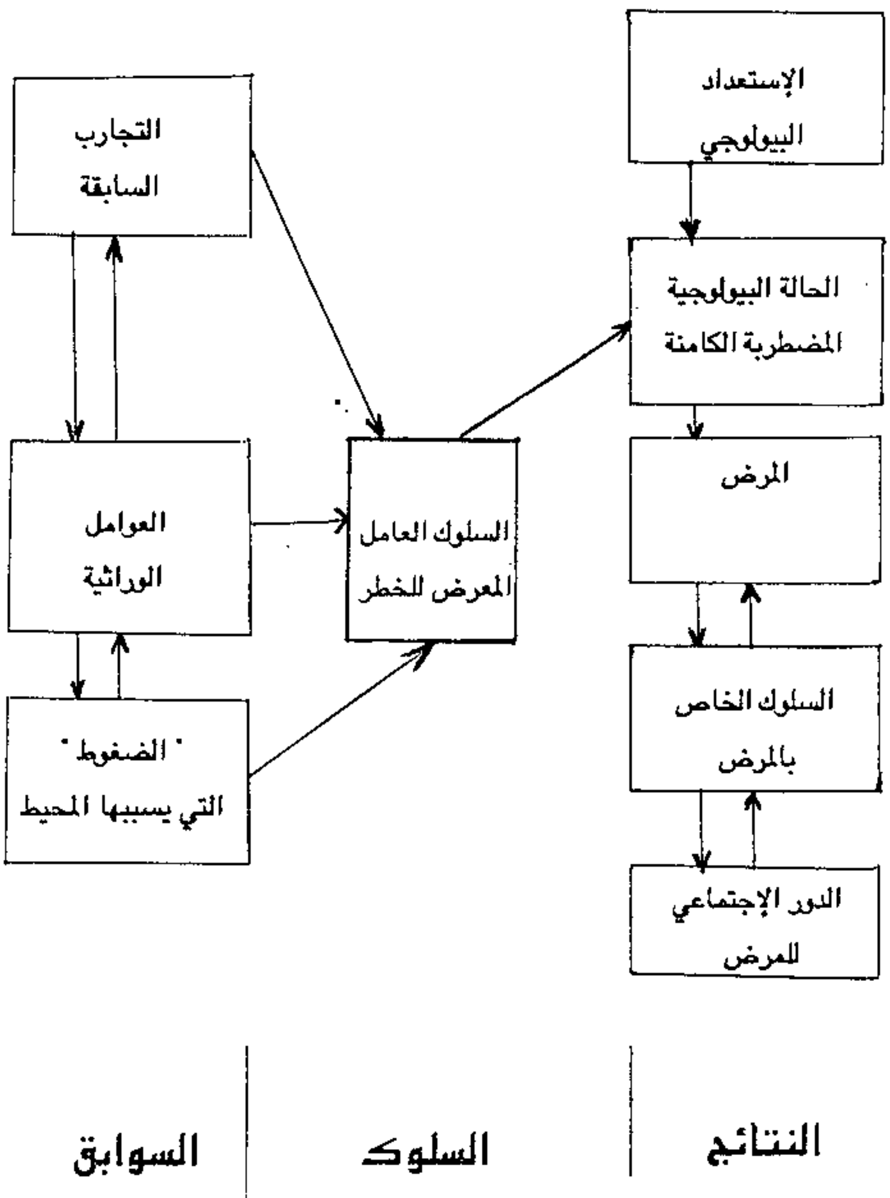
- مساعدة المريض على مواجهة وقائع الضغط (الأحداث الضاغطة) .

- التدخل المبكر لتغيير السلوك .

- العمل على تغيير النواتج (Consequences) النفسية والإجتماعية للمرض . (كوترو " Cottraux " 1983 ص 20 -21) . فعندما ما ننظر إلى المرض من هذا المنظور تكون لدينا عدة دلالات لفهم المرض والعناية بالمريض .

ومن خلال كل ذلك يتضح أن جميع الأمراض تتحدد بالعوامل النفسية والإجتماعية - الحضارية - والفيزيولوجية ، فهي تنمو وتتطور خلال دورة الحياة ، لذلك فهي عرضة للتأثيرات المباشرة للعوامل النفسية والإجتماعية المذكورة ، غير أن الباحثين يؤكدون أن تأثيرات العوامل النفسية والإجتماعية تكون أكثر شدة في الأمراض المزمنة بالمقارنة مع الأمراض الحادة (acute) التي تحصل بشكل مفاجىء حيث لا يكون للمحيط الإجتماعي للمريض وأسلوب حياته فرصة كبيرة للتأثير في مسار المرض وشدته . أما في حالة الأمراض المزمنة فالأمر يختلف تماما ، حيث غالبا ما تكون البداية هنا بطيئة وتدريجية لذلك فسيكولوجية الفرد وإستجاباته للأعراض المتطورة للمرض تؤثر في مسار المرض نفسه (بكال " Bakal " 1979 ص 73) .

الشكل (2)
يوضح النموذج الإفتراضي البيوسيكوإجتماعي
لكوترو " Cottraux " حول مراحل المرض



ومن بين الأمراض المزمنة التي تمت دراستها وتحليلها وفقا لنموذج الإستعداد / الضغط ، هو الصداع المزمن ، موضوع البحث الحالي . وخلصت هذه الدراسات إلى أن آلام الرأس ترجع أساسا لأسباب ذات طبيعة نفسية ، حيث وجد الباحثون أن الغضب والكبت والقلق والصعوبات الشخصية كثير ما تعتبر كأسباب أساسية للصداع المزمن ، غير أن 68 ٪ فقط من الصدلعيين يعترفون أن عوامل الضغط ذات طبيعة نفسية بينما 32 ٪ منهم ينفرون وجود الضغوط النفسية . ويفترض سيكوتيري " Sicuteri " (1976) أن الإضطرابات في الصداع هي مجرد مقاومة ضد الخلل الفيزيولوجي . في حين بينت التجربة الكلاسيكية للويدل " Ludell " (1934) أن الإستجابات التي تكونت عن طريق الإشراط تتميز بمقاومة كبيرة للإنطفاء . ويرى ميلير " Miller " (1975) أن العرض الذي يظهر عدة مرات عند الفرد يمثل العرض الذي يكون الفرد مهيئا لإظهاره ، ويعزز هذا عن طريق التعلم . بينما بينت دراسات أخرى أن الصداع يمكن أن يكون مستقلا – غير مشروط – عن الظروف الإنفعالية للفرد (باكال " Bakal " 1979 ، ص 78 – 83) .

وكل المتغيرات التي سبق ذكرها ، تكون لها تأثيرات كبيرة عندما ينظر الأفراد إلى أنفسهم على أنهم مرضى أو فيما إذا كانوا راغبين في الدخول إلى نظام العناية الصحية .

وتجدر الإشارة إلى أن لهذا النموذج دلالات" Implications " في العلاج أيضا ، لأنه يقترح ما يأتي :

إن ما يجب علاجه أو تصحيحه ليس فقط الشذوذ البيوكمياوي قبل أن يشفى المريض ، إذ أن فهم المدى الكامل (Full range) للمتغيرات المتضمنة مهمة ضرورية وصعبة تواجه جميع المشتغلين بالمهن الصحية ، فالوحدة البيوسيكواجتماعية للإنسان تقتضي أن يتقبل الطبيب مسؤولية تقييم جميع المشكلات التي يتقدم بها المريض وأن يضع كورسا من النشاط يتضمن إحالة المريض إلى المهن المساعدة الأخرى ، وهكذا فمعرفة الطبيب المهنية الأساسية ومهاراته يجب أن تمتد لتغطي الجوانب الإجتماعية والنفسية والبيولوجية ، لأن القرارات التي يتخذها والنشاطات التي يقوم بها بالنسبة للمريض ، يجب أن تضم هذه الجوانب الثلاث (باكال "Bakal "1979 ص 75) .

وهكذا تظهر أهمية التدخل السيكولوجي في المنظور البيوسيكواجتماعي ، وبما أن تدخلات الأخصائي النفسي من أجل العلاج والوقاية تتطلب دورا نشطا جدا وفعالا وموجها ، لذلك فإن التقنيات المعرفية السلوكية هي الأكثر ملاءمة لهذا المنظور .

العلاج المعرفي السلوكي :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أهم التطورات في علم النفس الحديث فهو يبدو كتحول جذري عن السلوكية الكلاسيكية ورجوع إلى مرحلة علم النفس التجريبي الذي كان يركز جل إهتمامه على الجانب المعرفي ، غير أن السلوكية نفسها إعتمدت منذ البداية على قدرة الإنسان على التمييز في إكتساب المعرفة وتصور الكون في كلمات وصور ، وخير مثال على ذلك ، تقنية سلب الحساسية المنتظم الذي يعتبرها وولب " Wolpe " سلوكية تعتمد على الإشراط الكلاسيكي في حين يعتبرها العديد من المعرفيين تعتمد أساسا على عملية معرفية ، هي قدرة المريض على تخيل الموقف الذي يخفيه (دافيسون ونيل 1986 , " Davison & Neale " ، ص 517) .

وقد تجلى الإهتمام بالعمليات المعرفية في إطار العلاج السلوكي خلال الحقبتين الأخيرتين ، حيث إتضح من خلال الإهتمام الجاد بالعمليات المعرفية ومعالجة المعلومات في علم النفس المرضي وفي تغيير أو تعديل السلوك . وقد وصف ماهوني "Mahoney" (1979) هذا الأمر بقوله أن الوقائع التي لا تخضع للملاحظة المباشرة من طرف الآخرين تقع ضمن إطار الطريقة العملية بما أن هذه الظواهر ترتبط مباشرة بالظواهر القابلة للملاحظة . كما وضح كندال وكورجيسكي " Kendal & Korgeski " عام 1979 أن هناك العديد من الأهداف المعرفية التي يهتم بها المعالج السلوكي المعاصر مثل الإهتمام بتوضيح الدور الذي تلعبه المعارف في أسباب الإضطرابات النفسية أو في دوامها واستمرارها ، وفي التأكيد على محتوى الظاهرة نفسها بالإضافة إلى الإهتمام بستراتيجيات التغيير التي تعمل على تغيير المحتوى المعرفي والعملية المعرفية في الواقع (بيلاك وهيرسن "Bellack & Hersen" 1986) .

ويؤكد باندورا " Bandura " (1977) أن هذا العلاج يمكن أن يعمل على رفع معنويات الفرد وتقوية تقديره لذاته وشعوره بفعالية نفسه لأمر الذي يجعله ينمي أهدافا قيمة تنعكس إيجابيا على علاقاته بمحيطه ، بالإعتماد على تقنيات سلوكية في الأساس (كوترو " Cottraux " 1983 ، ص 44) .

وعموما يعتبر هذا العلاج الحصيلة العلمية للتطورات المنهجية التي حصلت في كلا التناولين ، فالتناول السلوكي يهتم بتعديل الظروف المحيطية والسلوك الظاهر ، والتناول المعرفي يركز على المعارف والأفكار دونما إهمال للسلوك الظاهر . وهم يستخدمون تقنيات معرفية وأخرى سلوكية على مستويات مختلفة ، حيث يعتمدون على المصطلحات المعرفية في محاولتهم لتغيير الإعتقادات بوسائل لفظية كما يعمدون إلى التأثير المباشر في السلوك . وهم ينطلقون من أن العميل يعاني الإضطراب على مستويات متعددة . ويعتبر أرنولد لازاروس " Arnold Lazarus " من أوائل المعالجين الذين أدخلوا التقنيات السلوكية والمعرفية في علاج مرضاهم ، وهو يعلل ذلك بإفتراض مفاده أن الإضطرابات تظهر على المريض بمستويات مختلفة تتمثل بسبعة عوامل يصطلح عليها بـ " BASICID " حيث يمثل (B) السلوك و (A) العاطفة و (S) الإحساس و (I) التخيل و (C) الفكرة و (I) العلاقات الشخصية و (D) الأدوية . ويعرف هذا النوع من العلاج بالنموذج العلاجي المتعدد (روزنهان وسليجمان " Rosenhan & Seligman " 1984 ، ص 110 – 111) . وتتركز مهمة المعالج الذي يستعمل مثل هذا النموذج في عزل الإضطراب إلى مستوياته المختلفة ثم إختيار التقنيات المناسبة لكل مستوى ، مع ضرورة الإتصاف بمرونة التفكير وسعة الأفق وتركيز الإهتمام على التخفيف من معاناة العميل بأسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة .

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قد أثبت فعالية كبيرة في علاج العديد من الإضطرابات مثل القلق والإكتئاب والإضطرابات الجنسية والسمنة المفرطة . وقد خضع لدراسات تقييمية عديدة من السبعينات قادت إلى تطورات كبيرة في ستراتيجياته وتقنياته .

وفي الثمانينات بدأ المعالجون بإستخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج الصداع المزمن وأثبت فعالية كبيرة في هذا المجال عند مقارنته بالعلاج الصيدلاني والعلاج السلوكي . وهو يقوم أساسا على ستراتيجيات وتقنيات معرفية وأخرى سلوكية ، ومن أكثر الستراتيجيات المعرفية شيوعا في علاج الصداع المزمن هي إعادة البناء المعرفي في حين تمثل تقنية الإسترخاء أكثر التقنيات السلوكية إستخداما غير أن هذا لا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي لا يستخدم تقنيات أخرى ، بل العكس فهو يلجأ إلى المراقبة الذاتية التي تعتبر تقنية علاجية معرفية وسلوكية في أن واحد ، كما يلجأ أيضا إلى تقنية جدولة النشاطات والتوجيهات الذاتية (Self instructions) وحل المشكلات (Problem Solving) والتدريب على التحكم في القلق كل ذلك من أجل التصدي للعمليات المعرفية بنوعيها ، قصيرة المدى التي تشمل التوقعات والتقييمات والإنتسابات ، وطويلة المدى التي تضم الأفكار والمعتقدات ، بالإضافة إلى التصدي للسلوك الظاهر أيضا وللمحددات المحيطية التي تستثيره والتي تعمل على دوامه واستمراره .

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من العلاج النفسي يتطلب معرفة دقيقة بهذه التقنيات وخبرة في تطبيقها كما يقتضي أن يكون دور المعالج فعالا ونشطا وموجها ، ويتطلب أيضا أن يتصف المعالج بخصائص معينة أهمها القدرة على الإقناع والقدرة على الإنصات فضلا عن توفر المعلومات الدقيقة حول الأسس النظرية لهذين التناولين المعرفي والسلوكي .

ومن خلال كل هذه المعلومات يظهر أن العلاج النفسي للصداع المزمن يمثل الوسيلة الأصلح بالمقارنة مع العلاج الصيدلاني ، نظرا لأهمية العوامل النفسية التي تسهم في إحداثه وفي دوامه واستمراره من جهة ، ونظرا لخطورة التبعية التي تنتج عن العلاج العقاقيري من جهة أخرى . كما يظهر أن هناك إرتباطا وثيقا بين الصداع التوتري المزمن والقلق .

وبما أن العلاج النفسي الشائع في المجتمع الجزائري هو العلاج المستوحى من التحليل النفسي من جهة ، وأن العلاج النفسي الشائع في العشرية الأخيرة في مختلف أنحاء العالم في علاج الصداع المزمن هو العلاج المعرفي السلوكي ، لذلك عمدت الباحثة إلى التعرف على مدى فعالية هذين العلاجين في التأثير على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع من ناحية ، وفي التأثير على نشاط الصداع من ناحية أخرى ، عن طريق إختبار الفرضيات الآتية :

1 – إن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع المزمن .

2 – لكل من العلاجين – البؤري والمعرفي السلوكي – آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

3 – يرتبط مستوى التحسن العيادي للصداع بنوع التقنيات المستخدمة .

الباب الثاني

الإطار المنهجي

الفصل الأول

طريقة البحث

- مكان البحث
- العينة
- التصميم
- الدراسة الإستطلاعية
- ادوات البحث :

. المقابلة العيادية

. الملاحظة الذاتية

. المقاييس :

1 - قائمة سبيلبرجر لتقدير حالة / سمة القلق

2 - مقياس روزنبرج لتقدير الذات

3 - مقياس شيرير لتقدير فعالية الذات

4 - مقياس بيك للإكتئاب

مكان البحث :

تم إنجاز هذا البحث في المستشفى الجامعي المتخصص في الأمراض العقلية " دريد حسين " الواقع في القبة بالجزائر العاصمة ، وبالتحديد في قسم الإستشارة النفسية التابع لمصلحة الإستشارات الخارجية وتحتوي هذه المصلحة على ثمانية مكاتب تتوزع إلى خمسة مكاتب للإستشارة الطبية (السيكاترية) ومكتب لإستشارة علم النفس ، ومكتب للتمريض ومكتب للأمانة ، كما تحتوي المصلحة على مطبخ وحمام وقاعتين للإنتظار إحداهما في الهواء الطلق (جدارين وسقف) والأخرى عادية ، بالإضافة إلى وجود حديقة وساحة .

ويتكون طاقم الأطباء من (32) شخصا ، (7) من المختصين في الطب النفسي و (25) من المقيمين أما طاقم التمريض فهو يتكون من ممرضين ، أحدهما مراقب طبي والآخر ممرض عادي وخمسة أعوان (مساعد ممرض) كما تحتوي المصلحة على مساعدين إداريين ومنظفة وتشرف على سير الإستشارة الطبية طبيبة مختصة في الطب النفسي أما إستشارة علم النفس فتقوم بها أخصائية نفسية واحدة ، هي الباحثة ويستند إستقبال المرضى إلى التوزيع الجغرافي لمدينة الجزائر العاصمة وعموما يتم توجيه المرضى لهذه المصلحة من طرف الطبيب العام أو أحد الأطباء المختصين ، وقد يأتي بعض المرضى إلى المصلحة دون إحالة من أي طبيب رغالبا ما تتكفل الباحثة بالمرضى الذين تتم إحالتهم عن طريق الأطباء النفسيين (السيكاتريين) .

العينة :

تكونت عينة البحث الأولية من (19) مريضا جميعهم يشكون من الصداع التوتري الذي تم تشخيصه من طرف طبيب الأعصاب وأحد الأطباء النفسانيين وفقا للمعايير التالية :

- إن المريض لا يشكو من نوع آخر من الصداع .
- إن الفحص الجسدي لا يكشف عن مرض آخر .
- إن الصداع لا يصاحبه رضى قحفي .

- إن الصداع لم يتأتى عن مرض جرثومي .

- إن الصداع لا يرتبط بتناول المخدرات .

- إن المريض قد عاش مشكلات الصداع المتكرر لمدة عام على الأقل .

ومن أجل إحداث التماثل بين مجموعتي البحث ، المجموعة التي تتعرض للعلاج المعرفي السلوكي والمجموعة التي تتعرض للعلاج البؤري (المستوحى من التحليل النفسي) ، أصبحت عينة البحث النهائية تتكون من (12) فردا ، تنقسم إلى مجموعتين ، تتكون كل مجموعة من (6) أفراد علما أن المجموعتين تتماثلان في السن والجنس والمستوى التعليمي والحالة العائلية والخلفية الإجتماعية الإقتصادية التي أستندت إلى عدد من المتغيرات هي : المهنة والدخل وعدد أفراد الأسرة وظروف السكن ، والجدول رقم (3) يوضح توزيع أفراد العينة بالتفصيل .

جدول رقم (3)
يوضح توزيع افراد عينة البحث

المتغيرات / الحالات X	الجنس	السن	الحالة العائلية	المستوى التعليمي	المستوى الإقتصادي والإجتماعي
1X ب – س	أ	20	ع	ثانوي	متوسط
2X ذ – أ	أ	22	ع	ثانوي	متوسط
3X ب – ن	ذ	28	ع	جامعي	متوسط
4X د – أ	ذ	32	ع	جامعي	متوسط
5X ب – ع	ذ	26	ع	ثانوي	دون المتوسط
6X ب – م	ذ	26	ع	جامعي	دون المتوسط
7X ش – خ	أ	34	ع	إبتدائي	دون المتوسط
8X ح – ح	أ	26	ع	ثانوي	متوسط
9X ع – ف	أ	52	م 10 أط	أمية	دون المتوسط
10X د – س	أ	43	م 9 أط	أمية	دون المتوسط
11X ب – ل	ذ	32	ع	إبتدائي	دون المتوسط
12X ع – ج	ذ	32	ع	إبتدائي	متوسط

المجموعة " أ " (11X , 9X , 7X , 5X , 3X , 1X)

المجموعة " ب " (12X , 10X , 8X , 6X , 4X , 2X)

التصميم:

يقوم البحث الحالي على التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد الذي يبحث في العلاقات السببية بين المتغيرات . وهو أكثر التصميمات التجريبية ملاءمة للبحث العيادي لأنه يهتم أساسا بتطبيق البرامج العلاجية ويبحث في مدى فعاليتها كما أنه يسمح بالدراسة الواسعة والمكثفة للحالات الفردية فضلا عن قدرته على التحكم في المتغيرات ذات الدلالة الكلينيكية لدى المرضى الأفراد .

وقد تطور هذا التصميم بعد أن تلمس الباحثون العياديون الحاجة الماسة والملحة لإستعمال الطرق التجريبية في البحث العيادي وفي الممارسة العيادية . وقد إزداد إهتمام العياديين بهذا التصميم في الآونة الأخيرة نظرا للنقص الملموس في البحوث التجريبية التي تتناول المتغيرات المستقلة ذات الوزن الكلينيكي ويقصد بها هنا البرامج العلاجية التي تهدف إلى التوصل إلى أكبر قدر من الفائدة الكلينيكية المباشرة لكل مريض يسهم في البحث تحقيقا للتكامل بين البحث العيادي والخدمة الكلينيكية .

ويتوفر هذا التصميم على عدد من ميكانيزمات الضبط الإجرائية التي توفر خطة شاملة لعزل آثار المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة وتستبعد المتغيرات الدخيلة وتدحض الفرضيات البديلة (المنافسة) .

وقد إزداد إهتمام علماء النفس الكلينيكيين بهذا التصميم حيث وجدوا أنه يتفوق على التصميم التجريبي الكلاسيكي (تصميم المجموعات) في تقييم آثار العلاج إذ أنه يحرر العيادي من ضرورة إختيار المجموعات الواسعة من جهة ومن ضرورة الإختيار العشوائي من جهة أخرى ، إذ أن مثل هذه الإجراءات غالبا ما تكون غير عملية في البحث العيادي ، فالباحث العيادي يواجه دوما مشكلة عدم التمكن من تشكيل مجموعات كبيرة من المفحوصين المضطربين إذا ما أراد أن يلجأ إلى التصميم التجريبي كما أنه من الناحية الأخرى يحرر العيادي من الدلالات الأخلاقية المتعلقة بعدم تقديم العلاج للمجموعات الضابطة التي هي بحاجة ماسة إليه . علما أن نتائج هذا التصميم عموما لا يتم تحليلها إستنادا إلى التقنيات الإحصائية لسببين أساسين ، الأول هو أن الآثار التجريبية الناتجة عن هذا التصميم كبيرة جدا إلى درجة تمكن من الوصول إلى الخلاصات دون التحليل الإحصائي ، كما أن المتطلبات

العيادية تهدف دوما إلى إنتاج آثار كبيرة على الأفراد الذين يتلقون العلاج ، الأمر الذي يعزز أهمية وفائدة هذا التصميم في المهن العيادية .

ويضح هذا التصميم تأكيدا كبيرا على الطريقة التجريبية وهو يتطلب قياس المتغيرات التابعة بصورة مستمرة ومتكررة قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج ، ومثل هذا القياس المستمر والمتكرر يقدم صورة أفضل لمسار التغيرات في المتغيرات التابعة والناتجة عن التدخلات العلاجية . والقياس المتكرر الذي يتم القيام به قبل قبل تقديم العلاج يهدف إلى التعرف على الخطوط القاعدية (Base lines) التي تشكل التقديرات الأولية للإستجابات في غياب المتغير المستقل الذي يحاول الباحث أو المعالج التعرف على أثره من خلال التحليل التجزيبي ، وهي توثق تواتر المتغير التابع قبل تقديم المتغير المستقبل . وغياب المعالجة هنا يجعلها الشرط الضابط . وهناك ميكانزمات عديدة للضبط أهمها التكرار وسحب العلاج والخطوط القاعدية المتعددة .

وهناك أنواع عديدة من التصميمات التجريبية ذات المفحوص الواحد مثل تصميم (ABA) وتصميم (ABAB) والتصميم ذو الخطوط القاعدية المتعددة والتصميم الدوري ، " The periodic treatment design " الذي طوره هييز " Hayes " عام 1981 ، وهو التصميم الذي يقوم عليه البحث الحالي ، وهو يوفر فرصا مثيرة لتقدير الآثار العلاجية في مواقف الممارسة العيادية وفي جميع المواقف التي لا يمكن فيها إستخدام إجراءات الضبط الأخرى . وهو ينطلق من منطق المقارنة بين الإوقات التي تسبق العلاج ، فالتغير الكبير في السلوك سوف يكون واضحا بعد العلاج . وإذا ما تمت جدولة الحصص العلاجية مرة واحدة في الأسبوع أو مرتين (كما حصل في البحث الحالي) ، من الممكن حينئذ أن تصبح الآثار العلاجية واضحة جدا بعد مدة قصيرة من العلاج أو بعده مباشرة ، ويظهر التناقص التدريجي للمشكلات أحيانا إبتداءا من الحصة الثانية ومرة أخرى بعد الحصة العلاجية الثالثة وبعد الحصة العلاجية الرابعة وهكذا تزداد الآثار العلاجية وضوحا .

علما أن هذا التصميم يتطلب أن يتم قياس السلوكات الهدف أكثر من عدد الحصص العلاجية، وهذا ماتم فعلا في البحث الحالي ، وهذا يعني أن قياسات المتغير التابع يجب الحصول عليها على أساس مستمر ومتواصل . ويمكن الحصول على هذه القياسات المستمرة

والمتكررة عن طريق العميل نفسه ، بإستخدام المراقبة الذاتية وهو ما حصل أيضا في البحث الحالي حيث إحتفظ كل عميل بتسجيلات يومية ، توضح ظهور السلوك المشكل (نوبة الصداع ، تواترها ، شدتها ، المثيرات التي تسبقها ، المتغيرات التي تعقبها بالإضافة إلى الأفكار التي تسبق ظهور النوبة) . كما يمكن الحصول على هذه القياسات عن طريق الأشخاص المهمين في حياة العميل .

وتخضع هذه التسجيلات لتقييم العيادي والتي يحدد بواسطتها الفروق في المتغير التابع قبل العلاج وبعد العلاج وفي الوقت الذي يقع بينهما (هيدج " Hedge " 1987 ، ص 271 – 278) .

ويسمح القياس المتكرر والمستمر للمتغير التابع بفعل تاثيرات المتغير المستقل (العلاج) في الوصول إلى تحقيق ثبات النتائج قصد تعميمها ، خصوصا وأن الباحثة قد قامت بهذه القياسات المتكررة على ستة أفراد بنفس الطريقة دون أي تغيير إذ أن التكرار هنا يقتضي التشابه في جميع الإجراءات التجريبية والظروف الفيزيقية والإضطراب المدروس ونوع العلاج وخبرات الكلينيكي وخصائصه .

وهكذا يتضح أن هذا التصميم هو أكثر التصميمات التجريبية ذات المفحوص الواحد ملاءمة لأهداف البحث الحالي ولإجراءاته فهو يقوم أساسا على التقديرات المتكررة الدورية للمتغير التابع قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج إذ أن التعرف على فعالية العلاج يقتضي القيام بسلسلة من القياسات المتكررة ، إنطلاقا من خط قاعدي يعبر عن التشخيص (التقدير الأولي) ثم إدخال العلاج وإعادة التقدير من جديد أثناء العلاج خلال الحصص العلاجية وخارجها (في البيت) وبعد العلاج ، لذلك فهو أصلح التصميمات لإختبار فرضيات البحث المتعلقة بالتعرف على فعالية كل من العلاج البزري والعلاج السلوكي المعرفي .

الدراسة الإستطلاعية :

إستغرقت الدراسة الإستطلاعية ثلاثة أشهر إنطلاقا من الملاحظات التي تم جمعها خلال سنة كاملة والتي تمت مناقشتها مع عدد من الأطباء والأخصائيين النفسيين الذين يتعاملون مع هذا النوع من الإضطراب . كما تم الإتصال بأطباء مختصين في الأمراض العصبية حيث أن المرضى الذين يعانون من الصداع غالبا ما يلجئون إلى إستشارتهم قبل أن يتم توجيههم إلى مصالح الطب النفسي .

وبعد الإطلاع على المعلومات الضرورية التي تخص هذا الإضطراب ، وطرق تشخيصه وعلاجه ، تحددت الأهداف الأساسية للدراسة الإستطلاعية بما يأتي :

1 – إختبار صلاحية المقاييس .

2 – إختبار إمكانية وكيفية تقديم البرامج العلاجية .

1 – إختبار المقاييس :

قامت الباحثة بتقديم المقاييس المحددة في البحث الحالي (قائمة سبيلبرجر " Spielberger " للقلق ومقياس روزنبرج " Rosenberg " لتقدير الذات ومقياس شيرير " Sherer " لفعالية الذات ومقياس بيك " Beck " للإكتئاب) بغرض التعرف على كيفية إجراءها واستجابة المرضى لها . وتم تقديم هذه المقاييس لعدد كبير من المرضى القلقين منهم ذوي الصداع المزمن ، في أوقات مختلفة من المقابلة . واتضح أنه من الأفضل تقديم المقاييس على شكل مقابلة مقننة ، كما إتضح أيضا أن من الأصلح توضيح بعض العبارات باللغة الدارجة . أما بخصوص الوقت المناسب لتقديم المقاييس فقد ظهر أن الوقت الأفضل هو الذي يقع في وسط المقابلة حيث غالبا ما يكون المريض متوترا في بداية المقابلة فلا يركز إهتمامه عليها ، وقد يكون متعبا في نهاية المقابلة فتثير المقاييس لديه الشعور بالملل .

وعموما ظهر أن المقاييس المختارة واضحة وسهلة الفهم ولا يتجاوز تطبيقها أكثر من نصف ساعة . لذلك لم تواجه الباحثة أية صعوبات في هذا المجال .

2 - إختبار إمكانية وكيفية تقديم البرامج العلاجية :

تركز الهدف هنا في التعرف على إمكانية تطبيق البرامج العلاجية المختارة وكيفية تقديمها للمرضى ومدى تقبلهم لها ، قبل الإنطلاق الفعلي للبحث ، بالإضافة إلى التعرف على مدى فعالية هذه البرامج بصورة أولية .

والتزمت الباحثة بجميع الخطوات والشروط الضرورية في تقديم هذين العلاجين حيث قامت بالتشخيص الأولي الذي أستند إلى المراقبة الذاتية والتي إستغرقت أربعة أسابيع كاملة كان العميل فيها يسجل تواتر نوبات الصداع وشدتها والأعراض المصاحبة لها والأفكار التي تسبقها .

وبعد الحصول على هذه المعلومات تم تقييم الحالة العيادية للعميل وبدأ تنفيذ البرنامج العلاجي . وقد طبقت الباحثة البرنامجين العلاجيين وفقا لجميع الخطوات والشروط الضرورية لهذا التقديم على شخصين حيث إستفاد كل واحد منهما من أحد نوعي العلاج . وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن مرضى الصداع يتقبلون هذه الأنواع من العلاج ويمكن أن يستفيدوا منها .

أدوات البحث :

1 - المقابلة العيادية :

تعتبر المقابلة العيادية الأداة المفضلة للمختصين في علم النفس العيادي وفي الطب النفسي ، فهي عنصر رئيسي في التقدير العيادي الذي يسبق العلاج والذي يصاحبه والذي يليه كما أنها تلعب دورا بارزا في العديد من أشكال العلاج النفسي (برنشتاين ونيتزل " Bernstein & Nietzel " 1988 ص 152) .

وهي تعكس المنظور الواسع الإنتشار الذي مفاده أننا لا نعرف أحد الناس حتى نلتقيه ونتحدث إليه وفيها يكون الإعتماد بشكل أساسي على التقاريري اللفظية للمفحوصين غير أن المقابل المتدرب يحصل على معلومات ليس مما يقوله الأفراد فقط بل من الطريقة التي يقولون بها الأشياء ومن نغمات أصواتهم ومن حركاتهم الجسمية ومن درجة إتصال عيونهم ، وهكذا يركز القائم بالمقابلة ويوجه إنتباهه إلى الكيفية التي يستجيب بها المفحوص لأسئلة المقابلة بالإضافة إلى إهتمامه بالمشاعر المصاحبة للحديث أو الشكوى .

ومن أجل الحصول على مثل هذه المعلومات يجب أن تكون هناك صلة أو علاقة جيدة بين العميل والقائم بالمقابلة ويهتم العياديون جميعا على إختلاف توجيهاتهم النظرية بتثبيت مثل هذه العلاقة إذ أنهم لا يتوقعون أن العميل يمكن أن يقدم لهم معلومات دقيقة عن معاناته . (روزنهان وسيلجمان " Rosenhan & Seligman " 1984 ، ص 106) .

وتسمح هذه العلاقة الودية بجعل العميل يشعر بأن المعالج يهتم بمعاناته ويساهم في مساعدته ، فيبذل بدوره كل الجهود للتعبير والكشف عن ذاته ويؤكد دافيسون ونيل " Davison & Neale " أن من الخطأ الفادح أن يفترض العيادي أو الباحث في هذا الميدان أن العميل يمكن أن يقدم المعلومات الدقيقة عن المشكلة التي يعاني منها إذ أنه الغالب لا يستطيع ذلك دون مساعدة (دافيسون ونيل " Davision & Neale " 1986 ص) .

ويميز شابيرو " Shapiro " (1981) بين ثلاثة أنواع من المقابلات ، المقابلة الإعلامية والمقابلة الحكيمة والمقابلة في إطار البحث ، وفي مجال الممارسة العيادية تفضل المقابلات الإعلامية لأنها توفر أكبر قدر من المعلومات حول العميل كما تساهم في الإقتراب منه وفي فهم معاناته كما يعيشها هو وكما يتمثلها ، وبهذا فإنها تتجنب الذاتية والمواقف المحددة مسبقا والأحكام والمزالق المنهجية أي أنها تتجنب السلبيات التي تتصف بها المقابلة الحكيمة والمقابلة في إطار البحث .

وتعتمد المقابلة العيادية أساسا على إجابة العميل أي تقرير اللفظي والذي يتضمن حكمه الذاتي ، الذي يعتبره البعض من سلبيات المقابلة حيث أنه من المحتمل أن تتدخل رغبة المفحوص في الظهور بالمظهر الإيجابي المقبول إجتماعيا ، لكن المعالج بإمكانه أن يستفيد من هذه الذاتية إذ كان ينطلق أساسا من أنه لا يوجد إنسان يمكن أن يتحدث عن معاناة العميل وعن أفكاره ومعتقداته ومشاعره أفضل من العميل نفسه بالإضافة إلى أن هذه الرغبة في الظهور بالمظهر الإيجابي المقبول إجتماعيا تساهم في التحسن الذي يهدف إليه البرنامج العلاجي .

وتختلف المقابلة بإختلاف درجة التقنين ، فهناك المقابلات الحرة والمقابلات المقننة أو المحددة تحديدا تاما بالإضافة إلى المقابلات الموجهة أو نصف المقننة ، ويمكن القول أن هذا التصنيف يشير إلى أن المقابلة تقع على متصل أو خط مستمر يمثل طرفه الأول المقابلات الحرة وطرفه الأقصى الثاني المقابلات المحددة تحديدا تاما ، في حين تحتل المقابلات الأخرى مواضع مختلفة بين هذين الطرفين ، وتشير خبرة الباحثين في الميدان إلى أنه ليس ثمة ما يدعو إلى تبني وجهة نظر متصلبة نحو تفضيل أي مستوى أو أي درجة من التقنين في المقابلة حيث يتحدد ذلك بطبيعة المشكلة وبقدرة العميل وطبيعة المشكلة وقدرة العميل وفي واقع الممارسة الكلينيكية من الشائع في كثير من الحالات الإبتداء بمقابلة حرة يشجع فيها العميل على التعبير عن مشكلته ويتدخل العيادي في الوقت الملائم ، ثم يمكن بعد ذلك اللجوء إلى المقابلات الموجهة والمحددة .

وفي البحث الحالي عمدت الباحثة إلى إستخدام ثلاثة أنواع من المقابلة خلال مسار التشخيص والعلاج وتقييم فعالية العلاج حيث بدأت المقابلة الحرة للتعرف على شكوى العميل ولمساعدته في التعبير عن معاناته وفي التعرف على بعض العوامل المرتبطة بهذه الشكوى ، ثم عمدت إلى إستخدام المقابلة الموجهة – نصف المقننة – أثناء العلاج ، والمقابلة المقننة المحددة تحديدا تاما – أثناء تقديم المقاييس .

وعموما يقتضي إستخدام المقابلة كتقنية تشخيصية وعلاجية وتقييمية ، أن يتصف القائم بها بالقدرة على الإستماع (Capacité d'écoute) بالمرونة واتساع الأفق والقدرة على جعل العميل يشعر بالطمأنينة كي يفصح عن مشكلاته ويتأكد من إحترام سريته كما تقتضي أيضا أن يمتنع القائم بها من إلقاء أحكام القيمة على سلوك العميل .

2 – الملاحظة الذاتية : (Self monitoring)

تعتبر الملاحظة الذاتية أو المراقبة الذاتية إحدى التقنيات التي يزداد شيوعها واستخدامها يوما بعد آخر في التقدير السلوكي وفي التقدير المعروفي إذ يمكن إستخدامها لقياس الوقائع الظاهرة والكامنة وهي تقنية تشخيصية وعلاجية في آن واحد ، يتم إستخدامها في كل مراحل التقدير أي قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج .

وهي تقوم على ملاحظة العميل لنفسه حيث يطلب منه أن يلاحظ مظاهر معينة من سلوكه ويحتفظ بتسجيل دقيق لهذه الملاحظات .

وتكمن الفائدة الأساسية لهذه التقنية في أنها تسمح بمراقبة المشكلة التي يعاني منها العميل يوميا خارج أوقات الفحص النفسي حيث تكون مكملة له فهي تقدم صورة دقيقة لمسار المرض ومدى تكرار مظاهره وشدته والمدة التي يستغرقها ، كما تكشف عن الظروف التي تسبقه والظروف التي تليه (نتائجه) .

وتساهم هذه التقنية في إلقاء الضوء على نواحي الغموض المتعلقة بالمرض كما يعيشها المفحوص ذاته فهي تزود الفاحص بالمعلومات الأساسية التي توفر الخط القاعدي لنشاط المرض ، كما أنها تشكل عملية ضبط ذاتي حيث يتكون عند العميل الوعي الدقيق بمشكلاته ، الأمر الذي يسمح له بتجاوز بعض مشكلاته عندما يتوفر لديه الفهم الصحيح للمشكلة والذي يمثل خطوة أساسية نحو الشفاء .

ويكون دور المعالج مهما جدا في هذه العملية حيث يعمل دوما على تعزيز وعي العميل بمشكلته ويساعده في التحليل الدقيق للمعطيات التي يقدمها ويرى سبيلجر " Speigler " (1983) أن المراقبة الذاتية قد تكون في بعض الأحيان هي الطريقة الوحيدة التي يمكن إستخدامها في العلاج .

وبالرغم من كل هذه المزايا فإن هذه التقنية تواجه بعض المشكلات منها :

– قد يصعب على العميل الضبط الدقيق لمشكلاته وتدوينها نتيجة للقصور في درجة وعيه ، غير أن ذلك لا ينفي صلاحية هذه التقنية إذ يستطيع المعالج تجاوز هذه المشكلة عن طريق تقديم المساعدة الكافية للعميل ليتعرف على كيفية القيام بالملاحظة الذاتية .

– قد لا يسمح المستوى التعليمي للمريض بالقيام بالتسجيلات المكتوبة ، ويمكن تفادي هذه المشكلة بإستخدام التسجيلات الصوتية .

– قد يشوه المريض الصورة الحقيقية للمشكلة التي يعاني منها (بالتخفيفي أو المبالغة) أو بإهمال التسجيل في الوقت الذي تظهر فيه المشكلة ، نتيجة النسيان ويمكن تجنب المشكلة الأولى عن طريق إقناع العميل بضرورة وأهمية الصدق والصراحة في هذه التسجيلات لضمان نجاح البرنامج العلاجي ، ويمكن تجنب المشكلة الثانية بوضع برنامج دقيق مسبق ، يسمح للمريض بالقيام بمراقبة مخططة تحدد فيها مسبقا أوقات التسجيلات اليومية .

– أما مشكلة الإستجابية ، والتي تعاني منها كل التقنيات دون إستثناء ، فقد سبق التعرض لهذه المشكلة سابقا وكيفية الإستفادة منها – فهي عامل يهدد صدق التقدير غير أنه في الوقت نفسه يمكن أن يخدم الأهداف العلاجية ، بما أنه في بعض الحالات يعجل في نمو أو تطور السلوك الإيجابي ويبطل السلوكات السلبية أو يقمعها .

ونظرا لوجود أميين بين أفراد عينة البحث الحالي لذلك أتيحت فرصة الإختيار بين التسجيل الكتابي والتسجيل الصوتي لكافة أفراد العينة ، على أن يعملوا على القيام بتسجيلات يومية لأربع مرات في اليوم الواحد ، وفقا للجدول الآتي :

* الساعة 8 صباحا .

* منتصف النهار أي الساعة 12 .

* الساعة 4 مساءا أي الساعة 16 .

* الساعة 8 مساءا أي الساعة 20 .

يتم فيه شمل عدد النوبات التي يتعرضون لها ، والمدة التي تستغرقها وشدة النوبات بالإضافة إلى تسجيل الأفكار التي سبقتها ، ويتم تسجيل الشدة إستنادا إلى مقياس متدرج يتكون من (6) نقاط تتراوح ما بين (0 – 5) حيث تشير الدرجة (05) إلى عدم حدوث النوبة ، بينما تشير الدرجة (5) إلى النوبة الشديدة جدا التي لا يستطيع الفرد تحملها وتجعله يلزم الفراش .

علما أن هذه التسجيلات قد تمت قبل التعرض للبرنامج العلاجي للحصول على الخط القاعدي للمرض وأثناء العلاج للتعرف على التغيرات التي نتجت عن التدخل العلاجي وبعد إنتهاء العلاج للتعرف على مدى فعالية العلاج (التقييم) .

المقاييس :

1 – قائمة حالة / سمة القلق : إعداد سبيلبرجر و آخرون

The state / trait anxiety inventory : " Spielberger et al "

يؤكد بيلاك وهرسين " Bellack & Hersen " عام 1988 ، أن هذه القائمة من أكثر قوائم تقدير القلق شهرة وأوسعها إستخداما في البحث العلمي وفي الممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد فهي أداة صالحة ومفيدة لأغراض البحث العلمي حين يتطلب الأمر المقارنة بين المجموعات العيادية والمجموعات السوية، أو بين مجموعتين أو أكثر من المجموعات التي تعاني من إضطرابات مختلفة وهي أداة مفيدة وصالحة في مجال الممارسة العيادية لتقدير شدة القلق قبل العلاج ، حيث أنها توفر الخط القاعدي " Base line " وأثناء العلاج لتقييم التغيرات التي تنتج عن التدخلات العلاجية وبعد العلاج لتقييم فعالية العلاج من جهة كما أنها تستخدم للمقارنة بين فعالية نوعين أو أكثر من العلاج من جهة أخرى (بيلاك وهيرسين " Bellack & Hersen " 1988 ، ص 298) .

ولعل كل ذلك يقدم التبرير العلمي لإستخدام هذه القائمة في البحث الحالي دون غيرها من مقاييس تقدير القلق حيث يسعى البحث الحالي لتقدير القلق قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج كما أنه يهدف إلى المقارنة بين فعالية نوعين من العلاج .

وتتكون القائمة من قسمين ، الأول لتقدير حالة القلق والثاني لتقدير سمة القلق ويحتوي كل قسم من القسمين على عشرين عبارة ، يطلب فيها من المفحوص (العميل) أن يوضح بالتحديد حقيقة شعوره الآن ، أي في ذلك الوقت بالذات بالنسبة للقسم الأول و أن يوضح بدقة كيف يشعر عموما بالنسبة للقسم الثاني ، على سلم متدرج " Rating Scale " يتكون من أربع نقط هي : (لا أشعر بذلك مطلقا ، أشعر بذلك أحيانا ، أشعر بذلك غالبا ، أشعر بذلك دائما) .

والوحدات العشرون في القسم الأول ، مصاغة صياغة إيجابية في عشرة منها وسلبية في العشرة الأخرى ، أما في القسم الثاني ، فهي مصاغة صياغة إيجابية في ثمانية منها وسلبية في الاثني عشر الباقية ويعتمد التصحيح على صيغة العبارة ، ففي العبارة الإيجابية ، تعطى الدرجة (4) لـ " مطلقا " والدرجة (3) لـ " أحيانا " والدرجة (2) لـ " غالبا " والدرجة (1) لـ " دائما " وينقلب التنقيط في حالة العبارة السلبية حيث تعطي الدرجة (1) لـ " مطلقا " والدرجة (2) لـ " أحيانا " والدرجة (3) لـ " غالبا " والدرجة (4) لـ " دائما " .

مثال :

أشعر بالهدوء (مطلقا = 4 ، أحيانا = 3 ، غالبا = 2 ، دائما = 1)

أشعر بأنني عصبي (مطلقا = 1 ، أحيانا = 2 ، غالبا = 3 ، دائما = 4)

وتتراوح الدرجة الكلية على كل قسم من قسمي القائمة بين 20 – 80 ، وكلما إرتفعت الدرجة على المقياس كان ذلك مؤشرا للإضطراب والعكس صحيح أي كلما إنخفضت الدرجة كان ذلك مؤشرا لعدم وجود الإضطراب . ومن الجدير بالذكر أن الباحثة قدمت القائمة *

---

* تم تطبيق الصورة العربية للقائمة التي أعدت ترجمتها الدكتورة أمل معروف ، علما أن المترجمة عمدت بعد ترجمتها للعبارات الواردة في القسمين إلى إعادة الترجمة من العربية إلى الإنكليزية من طرف أستاذين لم يسبق لهما الإطلاع على النسخة الإنكليزية للقائمة ، بهدف الحصول على التماثل في المعنى مع العبارات الأصلية ، ثم قامت بعرض العبارات على لجنة من المحكمين من أساتذة علم النفس واللغة الإنكليزية من جامعة بغداد ، وكان هناك إتفاق كبير على دقة الترجمة والصياغة .

بقسميها وفقا للتعليمات المنصوص عليها على شكل مقابلة عيادية محددة قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج على جميع أفراد عينة البحث دون إستثناء ، أي على مجوعتي البحث ، المجموعة الاتي تعرضت للعلاج البؤري (المستوحى من التحليل النفسي) والمجموعة التي تعرضت للعلاج السلوكي – المعرفي .

1 – **مقياس روزنبرغ لتقدير الذات :**

" Rosenberg Self . Esteem Scale " " R S E "

هو مقياس تجمعي واسع الإستخدام في مجالي البحث العلمي والممارسة العيادية لقياس تقدير الذات ، ويتركز إستخدامه الواسع في تحديد الخطوط القاعدية " Base Lines " لتقدير الذات وفي تقييم فعالية البرامج العلاجية (نيوتن وجونسون " Newton & Johnson " 1985 ، ص 228) .

ويتمثل الهدف الأساسي من بناء هذا المقياس في إيجاد تقنية مختصرة وبسيطة و تسمح بترتيب الأشخاص على متصل أو خط مستمر إبتداءا من الذين لديهم تقدير منخفض للذات ، وقد طبق روزنبرغ عبارات المقياس على عينة تتكون من 500 مراهق ، وبذل مجهودات كبيرة لتحقيق صدق وثبات العبارات الواردة فيه ، وتوصل إلى وجود علاقات إيجابية وذات دلالة إحصائية بين نتائج المقياس والإنهيار ، والأعراض النفس جسيمة والزعامة واتجاهات الوالدين ، كما وجد مثل هذه العلاقة بين درجات المقايس وبين درجات مقياس ليفي " Leavy " للتفاعل الإجتماعي .

وتؤكد ويلي " Wylie " عام 1974 أن القيمة الكبرى لهذا المقياس تتجلى في صدقه وثباته من جهة وفي أن بنوده مستخرجة من المضامين العالمية المركبة حول مفهوم الذات ، على عكس الوسائل أو المقاييس الأخرى التي تهدف إلى تقدير أحادي البعد ، من جهة أخرى ، إذ حرص روزنبرغ على إستخدام طريقة جثمان التجميعيةفي بناء العبارات وترتيبها(لكوير " l'ecuyer " 1978) .

لذلك فإن تفسير الدرجة التي يتحصل عليها الفرد لا يحتمل إلا معنى واحدا فقط ويتكون المقياس من عشر عبارات مصاغة صياغة إيجابية في خمسة منها وسلبية في الخمسة الأخرى ، يطلب فيه من العميل أن يحدد مدى إنطباق العبارة عليه على سلم متدرج " Rating scale " يتكون من أربع نقط هي (أرفض تماما ، أرفض ، أوافق ، أوافق تماما) ويتم تصحيح العبارات الإيجابية تصاعديا أي من (1) إلى (4) ، وينقلب سلم التنقيط في إتجاه معاكس ، أي يصبح تنازليا في حالة العبارات السلبية من (4) إلى (1) .

مثال :

– أنا راض عن نفسي (أرفض تماما (1) ، أرفض (2) ، أوافق (3) أوافق تماما (4) .

– أفكر أحيانا بأني لست كفؤا على الإطلاق (أرضي تماما (4) ، أرضى (3) ، أوافق (2) ، أوافق تماما (1)) .

وتبلغ الدرجة القصوى للمقياس " 40 " وكلما إرتفعت الدرجة على المقياس كان ذلك مؤشرا للتقدير العالي للذات والعكس صحيح .

وبذل الدرجة التي تتراوح بين 10 – 15 على تقدير واطيء للذات والدرجة التي تتراوح بين 16 – 27 على تقدير متوسط للذات بينما تدل الدرجة التي تزيد على (28) إلى تقدير تحسن للذات .

وبناء على هذا تم تطبيق هذا المقياس * للتعرف على تقدير الذات عند عينة البحث نظرا لأهمية تقدير الذات في التعرف على فعالية العلاج حيث بينت دراسات روزنهان وسيلجمان أهمية الإهتمام بصورة الذات في تحقيق الشفاء .

---

* تم إستخدام الصورة العربية للمقياس التي أعدت ترجمتها الدكتورة أمل معروف .

3 – مقياس فعالية الذات : إعداد شيرير و آخرون

The Self- Efficacy Scale " S.E.S " Sherer & al

ترجع أهمية هذا المقياس إلى التطورات التي طرأت على النظرية السلوكية التي غيرت مجرى التحليل السببي للمحددات الداخلية إلى دراسة مفسرة للمؤثرات الخارجية التي تطرأ على السلوك الإنساني ، حيث يؤكد الباحثون بأن الإستجابات الرئيسية الناتجة عن أسباب داخلية بمقدورها أن تغير المؤثرات الخارجية (باندورا " Bandura " 1988 ، ص 14) .

وقد تم بناء هذا المقياس إستنادا إلى نتائج دراسات تجريبية عديدة بينت بأن هناك علاقة تبادلية بين فعالية الذات والسلوك (باندورا " Bandura " 1989 ، ص 414) .

وهو يقوم على إفتراض أساسي هو أن التوقعات الشخصية حول الفعالية الذاتية هي المحدد الرئيسي للسلوك وأن الفروق الفردية والخبرات السابقة والنجاحات المحققة تقود إلى مستويات مختلفة من توقعات فعالية الذات .

ويتصف المقياس بدرجة عالية من الثبات وقد أثبتت ذلك دراسات عديدة كما أنه يتصف بدرجة عالية من الصدق حيث بينت دراسات عديدة أنه تتصف بدرجة جيدة وعالية من صدق المحك " Criterion - related validity " حيث أن الأفراد الذين تحصلوا على درجات عالية على هذا المقياس (الذين لديهم توقعات عالية في فعالية الذات) حققوا نجاحا ملموسا في المجالات المهنية والتعليمية والإقتصادية ، وهو أداة تتسم بصدق البناء (الصدق البنائي) " Construct validity " حيث أثبتت دراسات عديدة أن هناك إرتباطا دالا إحصائيا في التنبؤ بالتوجهات في عدد من المقاييس ، مثل مقياس قوة " الأنا " ومقياس روزنبرغ ومقياس الكفاية في العلاقات الشخصية المتبادلة (كوركوران وفيشر " Corcoran & Fischer" 1987 ص 294 – 295) .

ولقد بينت دراسات عديدة الإرتباط بين مستوى فعالية الذات ونجاح العلاج ، ويؤكد باندورا " Bandura " (1977) على أن تغيير السلوك المرضي يرتبط إلى حد كبير بالتأثير في التوقع الإيجابي فيما يخص فعالية الذات .

ويبين هلرويد وجماعته " Holroyd & al " عام 1984 أن تغيير الأعراض النفسية المصاحبة للصداع التوتري يرتبط إرتباطا عاليا بتوقعات الفرد حول فعالية ذاته وقد أكدت ذلك أبحاث روزنهان وسليجمان " Rosenhan - Seligman " عام 1984 . كما يفيد هذا المقياس في التشخيص وفي وضع خطة البرنامج العلاجي وفي تقدير فعالية العلاج .

ويتكون المقياس من (17) بندا تقيس التوقعات العامة لفاعلية الذات التي تتحدد بمواقف معينة أو سلوك معين . والبنود مصاغة صياغة إيجابية في ستة منها وسلبية في الباقية .

وللمفحوص أربع فرص للإستجابة هي :

أرفض تماما – أرفض – أوافق – أوافق تماما .

ويعتمد التصحيح على صيغة العبارة ، ففي حالة العبارة الإيجابية تعطى الدرجة (1) لـ " أرفض تماما " و(2) لـ " أرفض " و (3) لـ " أوافق " و (4) لـ " أوافق تماما " .

وينقلب التنقيط في حالة البنود السلبية حيث تعطي الدرجة (4) لـ " أرفض تماما " والدرجة (3) لـ " أرفض " والدرجة (2) لـ " أوافق " والدرجة (1) لـ " أوافق تماما " .

مثال :

– عندما أضع الخطط أستطيع تنفيذها دوما : أرفض تماما (1) ، أرفض (2) ، أوافق (3) أوافق تماما (4) .

– أنا أترك الأشياء قبل إتمامها : أرفض تماما (4) أرفض (3) أوافق (2) وأوافق تماما (1) .

وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 17 – 68 وللحصول على الدرجة النهائية يتم جمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص على جميع بنود المقياس جمعا عاديا ، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى توقعات عالية حول فعالية الذات بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى توقعات واطئة حول هذه الفعالية .

وفي البحث الحالي تم إستخدام المقياس * في جميع مراحل العمل العيادي ، قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد نهاية العلاج .

4 – مقياس بيك للإكتئاب **:

Beck's Depression Inventory (D.I)

يؤكد بيلاك وهيرسين " Bellack & Hersen " (1988) أن هذا المقياس صمم أصلا كمقياس يتم تقديمه من طرف العيادي ويمكنه من وضع صورة كمية للأحكام العيادية ، غير أنه يستخدم الآن كإداة للتقرير الذاتي .

وتتكون الصورة الأصلية للمقياس من 21 بندا ، تحتوي على سلسلة من العبارات المنظمة ذات العلاقة الوثيقة بأعراض الإكتئاب ، ويطلب من الأفراد التاشير على العبارة التي تصف حالتهم الراهنة على مقياس متدرج يتكون من ثلاث نقط تتراوح بين (0) و (3) . علما بأن بيك " Beck " إستند في بناء هذا المقياس إلى دراسات عميقة خاصة بالإكتئاب وإلى مختلف المقاييس التي وضعت لقياسه معتمدا في هذا على أسس علمية وموضوعية منطقية .

---

* تم تطبيق الصورة العربية للمقياس التي أعدت ترجمتها الدكتورة أمل معروف .

** توجد صورة عربية للمقياس من تكييف الدكتور غريب عبد الفتاح غريب من جامعة القاهرة .

وتتكون الصورة المختصرة للمقياس من (13) بندا . وقد تركز هدف بيك " Beck " من بناء المقياس في وضع أداة تغطي جميع أعراض الإكتئاب بصورة شاملة وتركز في الوقت نفسه على المحتوى المعرفي . ويتميز المقياس بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد ، حيث تجمعت بيانات عديدة حول صدقة وثباته وقدرته على التمييز . كما أنه أداة قصيرة وسهلة التطبيق (بيلاك وهيرسين " Bellack & Hersen " 1988 ، ص 320 – 321) . وهو مقياس واسع الإستخدام في مجال العلاج النفسي إذ تم إستخدامه في أغلب الدراسات السابقة التي هدفت إلى تقييم فعالية العلاج بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الصداع المزمن بهدف تحديد مستوى الأعراض النفسية الإكتئابية ومدى إرتباطها بفعالية العلاج .

وفي البحث الحالي تم إستخدام الصورة العربية للمقياس ، علما أن التطبيق تم على شكل مقابلة عيادية فردية . وتجدر الإشارة أن هذه الصورة تتميز بدرجة عالية من الصدق والثبات على البيئة العربية .

وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 0 – 39 ، وتقوم طريقة التصحيح على جمع الدرجات التي يحصل عليها العميل في المجموعات الثلاث دون تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية حيث أن الأسلوب المتبع لتقدير وجود الإكتئاب وعدمه هو أسلوب الدرجات الفاصلة " Cut - off - scores " ، وتشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى وجود إكتئاب شديد بينما تشير الدرجة المنخفضة جدا إلى عدم وجود الإكتئاب وعموما تشير الدرجة التي تتراوح بين 0 – 4 إلى عدم وجود الإكتئاب والدرجة التي تتراوح بين 5 – 7 إلى وجود إكتئاب معتدل (غير حاد) ، والدرجة التي تتراوح بين 8 – 15 إلى إكتئاب متوسط بينما تشير الدرجة التي تتراوح بين 16 – فما فوق إلى وجود إكتئاب شديد (غريب ، 1985ص 6 – 8) .

الإطار المنهجي

الفصل الثاني

إجراءات البحث

I - التقدير الأولي (التشخيص)

II - العلاج

III - التقويم

ستراتيجيات وتقنيات التقدير الأولى (التشخيص)

تم تطبيق ستراتيجيات موحدة في التدخل السيكولوجي بمجالاته الثلاث ، التقدير الأولي والعلاج والتقويم على جميع أفراد عينة البحث بإستثناء نوع العلاج ، حيث تعرضت المجموعة " أ " (11X , 9X , 7X , 5X , 3X , 1X) للعلاج المعرفي السلوكي بينما تعرضت المجموعة " ب " (12X , 10X , 8X , 6X , 4X , 2X) للعلاج البؤري .

- التقدير الأولي :

للحصول على المعلومات التي تكون الخط " Base line " القاعدي لمرض الصداع المزمن من حيث تواتره وشدته والعوامل المحيطية والمعرفية التي تستثيره وتعمل على دوامه واستمراره من جهة، ومن حيث نوع الدواء الذي يتناوله العميل وكميته من جهة أخرى ، تم تطبيق ستراتيجيات التقدير الأولي وتقنياته على النحو الآتي :

المقابلة الأولى :

وهي مقابلة أولية حرة ، تم تخصيصها لتحقيق الأهداف الآتية :

1 - تقدم الباحثة نفسها للعميل وتشرح دورها الذي يتركز أساسا في مساعدة العميل على التخلص من مشكلاته ، كما تقدم له بعض المعلومات حول دور المختص النفسي وصلاحيته وحدود مهنته .

2 - العمل على تهدئة العميل وجعله يشعر بالإطمئنان والإرتياح .

3 - العمل على كسب ثقة العميل وإقامة علاقة وثيقة معه حيث يؤكد الإكلينيكيون جميعا على إختلاف توجهاتهم النظرية أهمية هذه العلاقة التي ينبغي أن تقوم على أساس الثقة والإرتياح والطمأنينة ويعتبرها الجميع شرطا ضروريا وجوهريا قبل البدء بالتشخيص والعلاج (روزنهان وسيلجمان " Rosenhan & Seligman " 1984 ، ص 160) (مورجانستيرن " Morganstern " 1988 ، ص 98 - 99) .

وقد أجرى السلوكيون والمعرفيون دراسات تقويمية عديدة للتعرف على أهمية هذه العلاقة ودورها في العمل العيادي ، وخلصت هذه الدراسات إلى أن طبيعة هذه العلاقة تحدد نوع المعلومات التي يقدمها العميل على أن يكون طرفا نشيطا وفعالا في التقدير والعلاج ، الأمر الذي يسهم إلى حد كبير في تقليص مدة العلاج .

ويعتبر العياديون التحليليون العلاقة بين العميل والمعالج ، العمود الفقري لأي علاج يقوم على وجهة نظرهم .

4 – فسح المجال للعميل ليقدم نفسه وليتحدث عن مشكلاته بكل حرية بغية التعرف على معاناته وفهم أبعادها الفيزيولوجية والنفسية والإجتماعية ، نظرا للترابط الوثيق والتداخل بين هذه الأبعاد الثلاثة ، الأمر الذي يسهم في تحديد المشكلة من جهة وفي تعزيز ثقة العميل بالمعالج والعلاج من جهة أخرى . وقد حرصت الباحثة هنا على تشجيع العميل على الحديث عن كل ما يخطر بذهنه دون أي تحفظ مهما كان بسيطا كما حرصت أن تظهر دوما بأنها تنصت بإهتمام كبير لحديثه دون تقديم أي لوم أو أي حكم قيمي . وسعت من الناحية الأخرى إلى إفهام العميل بأنها تحرص على إحترام أسراره الخاصة وتلتزم بعدم الحديث عنها لأي إنسان آخر . وقد ساعد كل ذلك على كسب ثقة العميل وتحقيق إطمئنانه وارتياحه وجعله يكون على دراية بأهمية التدخل السيكولوجي .

المقابلة الثانية :

يتم فيها تدعيم الأهداف السابقة التي تم تحقيقها في المقابلة الأولى ، وهي مقابلة موجهة تركزت أهدافها بما يأتي :

1 – الحصول على بعض المعلومات الشخصية عن العميل إستنادا إلى مجموعة من الأسئلة حددت سلفا ، تدور حول الموضوعات الآتية :

أ – الإسم الكامل والسن والحالة المدنية وعدد أفراد الأسرة والمستوى التعليمي والمهنة والدخل ومكان الإقامة وظروف السكن .

ب – الخلفية المرضية : تاريخ ظهور المرض ، مساره وشدته والحالة الصحية العامة قبل الإصابة بالمرض .

ج – الخلفية السيكولوجية ، هل أصيب العميل بإضطراب نفسي معين قبل الإصابة بالصداع المزمن وهل سبق له التعرض لأي علاج نفسي . وهل سبق له الإقامة في أحد مستشفيات الصحة العقلية .

د – الخلفية المرضية للأسرة . هل يعاني أحد أفراد الأسرة من الصداع المزمن .

هـ – الخلفية السيكولوجية للأسرة – هل يعاني أحد أفراد الأسرة من إضطرابات نفسية معينة وهل سبق له التعرض للعلاج النفسي أو الإقامة في أحد مستشفيات الصحة العقلية .

و – نمط حياة العميل : كيفية قضاء أوقات الفراغ ، وسائل التسلية ، مدى تناول المنبهات (القهوى والشاي) ، مدى تناول الكحول أو المخدرات ، تعاطي التدخين ، التغذية ، النوم ، الإخراج ، العلاقات الجنسية ، العلاقة بأفراد الأسرة ، العلاقات الإجتماعية الأخرى (المهنية والصداقية) .

ز – توقعات العميل بخصوص العلاج النفسي .

2 – توضيح جميع الخطط العلاجية التي سوف يتم تطبيقها خلال المسيرة العلاجية ليكون العميل على دراية كاملة بالبرنامج العلاجي الذي سوف يتبع معه ، مع التاكيد على دوره الفعال في نجاح هذا البرنامج .

3 – تقديم تقنية المراقبة الذاتية " Self Mcnitoring " وهي تقنية تشخيصية وعلاجية في وقت واحد (سبيلجر " Spielger " 1983 ص 295) . وقد حرصت الباحثة على تعريف العميل بهذه التقنية تعريفا دقيقا وشاملا و إلى توضيح دورها الكبير في تحديد المشكلات التي يعاني منها وفي علاجها حيث أن فائدة هذه التقنية تعتمد إلى حد كبير على مدى إقتناع العميل بفعاليتها وبدورها في التشخيص والعلاج من جهة ، وعلى مدى فهم العميل لكيفية تنفيذها أو القيام بها بصورة دقيقة من جهة أخرى .

وتم الإتفاق بين العميل والباحثة على طريقة التسجيل (الكتابة أو التسجيل على شريط صوتي) كما تم تحديد الأوقات التي يتم فيها التسجيل والمعلومات المطلوبة على النحو الآتي :

يقوم العميل بتسجيل أو تدوين نشاط الصداع الذي يتعرض له يوميا لمدة أربعة أسابيع ، على أن يتم ذلك أربع مرات في اليوم الواحد ، المرة الأولى على الساعة الثامنة صباحا والثانية على الساعة الثانية عشر أي في منتصف النهار والثالثة على الساعة الرابعة بعد الزوال والرابعة والأخيرة على الساعة الثامنة مساءا . على أن يحدد العميل شدة كل نوبة من نوبات الصداع على مقياس متدرج يتكون من ست (6) نقط تمتد من " 0 " إلى " 5 " ، حيث تشير الدرجة " 5 " إلى نوبة الصداع المؤلمة جدا والتي يصعب تحملها وتفرض على العميل إلتزام الفراش . كما يطلب من العميل أن يسجل أو يدون المدة التي تستغرقها النوبة وأن يحدد الظروف المحيطية التي تظهر فيها والأفكار التي خطرت في ذهنه قبل ظهورها ويطلب من العميل أيضا أن يسجل نوع الأدوية التي تناولها وأن يحدد كمية هذه الأدوية .

وهكذا تصبح المراقبة الذاتية أول مرحلة في عملية الضبط الذاتي ووسيلة يتعرف من خلالها العميل على مشكلته بكل أبعادها الفيزيولوجية والمحيطية والمعرفية كما أنها تساعد العميل على فهم دور الفعال في العملية العلاجية *.

4 – تقديم المقاييس المستخدمة في البحث وهي مقياس سبيلبرجر"Spielberger" للقلق ومقياس روزنبرج " Rosenberg " لتقدير الذات ومقياس شيرير " Sherer " لفعالية الذات ومقياس بيك " Beck " للإكتئاب ، للتعرف على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع المزمن من جهة . ولتوفير الخط القاعدي لهذه الأعراض ، الذي يساعد في التعرف على التحسن الذي قد ينتج عن التدخلات العلاجية من جهة أخرى .

II العلاج :

إستفادت المجموعة " أ " (11X , 9X , 7X , 5X , 3X , 1X) من علاج سلوكي معرفي ، واستفادت المجموعة " ب " (12X , 10X , 8X , 6X , 4X , 2X) من علاج بؤري مستوحى من التحليل النفسي .

---

* تم تسجيل معدل نوبات الصداع للأسبوع الواحد كما حسبت كمية الدواء التي تم تناولها يوميا بالنسبة لمجموعتي البحث (جميع أفراد العينة) من خلال التسجيلات التي دامت أربعة أسابيع .

وتم تخصيص عشر حصص علاجية لكل مجموعة ، وقعت في ثمانية أسابيع ، حيث يستفيد العميل من حصتين في الأسبوع الواحد خلال الأسبوعين الأولين ثم من حصة أسبوعية واحدة خلال الأسابيع السته الباقية .

وقد تحددت هذه المدة إستنادا إلى نتائج الدراسات السابقة في مجال الكفالة السلوكية المعرفية للأفراد الذين يعانون من الصداع المزمن (بلانشارد وجماعته " Blanchard & al " 1988 , 1990 , 1991) كما أن هذه المدة لا تتنافى مع العلاج البؤري ولا تتعارض معه حيث بين ذلك بردا " Berdah " عام 1983 ولاليف " Lalive " عام 1983 وهيناك وباسيني " Haynal & Pasini " عام 1984 .

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثة قد قامت بتقديم العلاجين (السلوكي المعرفي والبؤري) لإستبعاد أثر العوامل غير المحددة (التي ترتبط بالعلاقة بين المعالج والعميل) في مدى فعالية العلاج ، حيث قد تنسب الفروق في الآثار العلاجية ليس إلى نوع العلاج المقدم بل إلى العلاقة العلاجية ، الأمر الذي لا يسمح بالتعرف الموضوعي الصادق على الفروق في مدى فعالية العلاجين .

ستراتيجية العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته

تم تقديم ستراتيجيات وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي إلى المجموعة " أ " التي تتكون من الحالات التي تحمل الأرقام الفردية (1X , 3X , 5X , 7X , 9X , 11X) وتوزعت الحصص العلاجية على النحو الآتي :

الحصة الأولى :

بدأت الباحثة الحصة العلاجية الأولى بستراتيجية التحكم في القلق التي تقع في المراحل الثلاث الآتية :

1 – المرحلة الأولى :

وهي مرحلة نظرية تقوم على توضيح العلاقة بين الضغط والقلق والإضطراب البدني إستنادا إلى تفسير مايكنبوم " Meickenbaum " (1982) الذي يتمثل في أن الضغط النفسي يحدث إستثارة فيزيولوجية عن طريق الجهاز العصبي ، وتخلق هذه الإستثارة قلقا يصاحبه كلام داخلي (أفكار) يؤثر بدوره على الإستثارة الفيزيولوجية ويعمل على تضخيمها.

وقد سعت الباحثة إلى إفهام العميل بأن زيادة القلق والتوتر تقود إلى زيادة في توتر العضلات مما يحدث الألم الشديد الذي يعاني منه ، كما أن توتر العضلات يتطلب صرف طاقة كبيرة ، الأمر الذي يقود إلى التعب وإلى نقص القدرة على المقاومة وتحمل الألم .

وهنا تحاول الباحثة التعرف على مدى إستبصار العميل وفهمه لهذا التفسير من جهة والتعرف على مدى تقبله من جهة أخرى .

2 – المرحلة الثانية :

بعد أن يتم التأكد من فهم العميل وتقبله للتفسير الذي قدمته الباحثة ، يتم تقديم تقنية الإسترخاء التي تقوم عليها ستراتيجية التحكم في القلق خلال هذه المرحلة ، توتوضح الباحثة للعميل أن الإسترخاء هو إستجابة فعالة وإيجابية للضغط تسمح بالتقليل من الإستثارات الفيزيولوجية كما أنه إستجابة مضادة للقلق لمواجهة المؤثرات المسؤولة عن ظهوره . وهنا تحرص الباحثة على توضيح الفروق بين حالة التوتر وحالة الإسترخاء .

3 – المرحلة الثالثة :

يتم فيها تدريب العميل على تقنية الإسترخاء التدريجي المعروف بـ (B.P.M.R) أي " Brief Progressive Muscle Relaxation "

ثم تطلب الباحثة من العميل التدريب على هذه التقنية في البيت ثلاث مرات في اليوم لمدة عشر دقائق في كا مرة .

وفي نهاية الحصة يطلب من العميل أن يواصل تقنية المراقبة الذاتية ويسجل المطلوب فيها خلال هذا الأسبوع بنفس الطريقة المذكورة سابقا .

الحصة الثانية :

1 – يتم الرجوع إلى التسجيلات اليومية للتعرف على مواقف الضغط الحياتية كي تتم توعية العميل بالإرتباط الموجود بين هذه المواقف والقلق ، وكيق تعمل مواقف الضغط هذه والقلق على إستثارة نوبة الصداع .

2 – مراجعة تقنية الإسترخاء .

3 – تقديم ستراتيجية إعادة البناء المعرفي .

أ – تعريف العميل بالخلفية النظرية للعلاج المعرفي حيث تقوم الباحثة بشرح مدى أهمية الأفكار والمعارف في تحديد إنفعالات الإنسان وسلوكه وتحاول إقناع العميل بذلك .

ب – يطلب من العميل أن يعبر بصوت مسموع عن كلامه الداخلي الذي تم تسجيله في التقارير اليومية (الأفكار السابقة للنوبة) .

ج – وعن طريق المناقشة والحوار مع العميل يتم تحديد الأفكار السلبية واللامنطقية التي تدور في ذهن العميل .

د – يتم تعريف العميل بالإرتباط الموجود بين هذا الكلام الداخلي (الأفكار السلبية) ونوبات الصداع .

هـ – يتم تفنيد الأفكار السلبية غير العقلانية واللامنطقية تدريجيا عن طريق الحوار والنقاش العقلاني مع العميل .

و – وبعد أن يتعرف العميل على أفكاره السلبية ، يعمل المعالج على تعليمه كيفية تصحيح هذه الأفكار أو التشوهات – أي كيف يعيد بناء تفكيره أو عالمه المعرفي – ، ويؤكد بيك وايمري " Beck & Emery " عام 1985 أن المعالج يمكن أن يساعد العميل على تصحيح أفكاره السلبية ومنطقه الخاطيء من خلال الأسئلة التالية :

1 – ما هو الدليل على صحة هذه الفكرة ؟ ما هو الدليل على خطأ هذه الفكرة ؟

2 – أين هو المنطق ؟ (بيك وايمري " Beck & Emery " 1985 ، ص 196)

ثم يسعى لتعريفه بالطرق الأخرى في النظر إلى المواقف (خلق التفسيرات البديلة) (المرجع نفسه ، ص 201 – 208) . وأخيرا يبدأ العميل والمعالج (الباحثة) في البحث عن أفكار سليمة وإيجابية ومنطقية لتأخذ مكان الأفكار السلبية وغير العقلانية وتعوضها . ويتم كل ذلك وفقا لنظام التعاون الأمبريقي المشترك " Collaborative empiri-cism " بين المعالج والعميل . التعاون الذي يؤكد بيك إهميته ودوره في التدخلات العلاجية .

4 – يطلب من العميل مواصلة التدريب على الإسترخاء في المنزل والتدريب على حصر الأفكار السلبية وتفنيدها ثم تعويضها بأفكار أيجابية وعقلانية .

الحصة الثالثة :

يتم الرجوع إلى التسجيلات اليومية التي تنطلق منها هذه الحصة العلاجية التي تبدأ بتدعيم تقدير الذات وفعاليتها من خلال التحسن الذي يطرأ على العميل وتشجيعه على المواصلة . وبعد تقديم التدريب الخاص بتنفيذ الأفكار السلبية أو دحضها ، وتعليم العميل على تعويضها بأفكار إيجابية وعقلانية ، يتم التركيز في هذه الحصة حول التعرف على التوقعات والتقييمات والإنتسابات التي تخص الذات والعالم الخارجي .

وعن طريق الحوار والمناقشة وطرح التساؤلات يمكن أن يصل المعالج إلى جعل العميل يقتنع بلا عقلانيتها ويعمل على تعويضها بأخرى منطقية وموضوعية وعقلانية .

وفي نهاية الحصة يطلب من العميل أن يواصل التدريبات المنزلية المذكورة أعلاه ، مع مواصلة المراقبة الذاتية وتسجيلها .

الحصة الرابعة :

إستنادا إلى التسجيلات اليومية ، تواصل الباحثة عملية إعادة البناء المعرفي وتسعى إلى تدعيم فعالية الذات وتعزيز التقدير العالي للذات عن طريق التخلص من التقييمات السلبية حول الذات وتعويضها بأخرى إيجابية ، وعن طريق خلق التوقعات الإيجابية حول قدرة العميل على التحسن مع التركيز على التوقع الفعال .

ثم يطلب من العميل مواصلة التمارين المنزلية والتسجيلات اليومية عن طريق المراقبة الذاتية .

الحصة الخامسة :

يتم فيها التركيز على الإجراءات التي تمت في الحصة السابقة .

الحصة السادسة :

بعد الرجوع إلى التسجيلات اليومية والتركيز على التحسن الملحوظ ، يتم تقديم بطارية المقاييس كلها للتعرف على مدى التحسن الذي طرأ على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع المزمن .

ثم يفسح المجال للعميل بتقديم بعض التساؤلات والإستفسارات حول حالته الآنية ، كما يطلب منه وضع برنامج نشاطات يتم التركيز فيه على تنظيم الأعمال وتحديد أوقات التسلية والراحة والقيام ببعض النشاطات الرياضية .

وفي نهاية الحصة تطلب الباحثة من العميل أن يواصل التمارين المنزلية والمراقبة الذاتية .

الحصة السابعة :

بعد الرجوع إلى التسجيلات اليومية ، تتم مناقشة برنامج النشاطات مع العميل حتى يتم الوصول إلى برنامج يرضي العميل وتوافق عليه الباحثة . تسعى الباحثة خلال الحصة إلى تدعيم فعالية الذات وتعزيز التقدير العالي للذات .

الحصة الثامنة :

بعد الرجوع إلى التسجيلات والتعرف على مدى إلتزام العميل ببرنامج النشاطات بالتركيز على القدرات الذاتية للعميل ، تطلب الباحثة من العميل أن يصف حالته طوال الأسبوع السابق لهذه الحصة وحالته الآن ، ثم تقوم هي بشرح أساس التحسن بالإستناد إلى ما وقع فعلا خلال هذه المدة .

ثم تطلب من العميل أن يقيم ما حدث له ، وفي نهاية الحصة يطلب من العميل مواصلة التمارين المنزلية والمراقبة الذاتية .

الحصة التاسعة :

يتم في بداية الحصة الرجوع إلى التسجيلات اليومية التي قام بها العميل أثناء الأسبوع السابق ، ثم تقدم الباحثة إستعراضا مفصلا لكل الخطوات العلاجية السابقة وتوضح للعميل دور التقنيات المتعلمة في إحداث التحسن الذي طرأ عليه على جميع المستويات الفيزيولوجية والنفسية والإجتماعية والترفيهية ، وتؤكد إمكانية إستعمال هذه التقنيات في مواقف مغايرة حين التعرض لأي ضغط أو أي قلق أو أية مشكلة حياتية . ثم تحاول التعرف على رأي العميل في ذلك وتطلب منه كالمعتاد مواصلة التمارين المنزلية والمراقبة الذاتية .

الحصة العاشرة :

تبدأ الباحثة بالتركيز على قدرات العميل وتشجيعه على إستخدامها السليم ، إستنادا إلى المعلومات التي تم تسجيلها في الأسبوع المنصرم وبعدها يتم تقديم بطارية المقاييس بأكملها للتعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي .

وهكذا يتضح أن تقدير الأعراض النفسية المصاحبة للصداع المزمن قد تم في ثلاث مراحل ، مرحلة التقدير الأولي قبل التعرض للعلاج ، وأثناء العلاج – وبالتحديد خلال الحصة العلاجية السادسة أي بعد أربعة أسابيع من بدء العلاج ، وفي نهاية العلاج أي بعد ثمانية أسابيع – خلال الحصة العاشرة والأخيرة ، الأمر الذي يؤكد التلازم الوثيق بين التقدير والعلاج ، فهما عمليتان متلازمتان ومتداخلتان لا يمكن فصل أحدهما عن الأخرى . كما تعبر هذه التقديرات الدورية المنتظمة عن نوع التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد الذي تم إستخدامه في البحث الحال ، وهو تصميم العلاج الدوري .

وطلبت الباحثة من العميل في هذه الحصة شرح كل ما حصل منذ الحصة الأولى والتعبير عن معاناته السابقة بإستعمال المفاهيم المتعلمة الجديدة وبالتعبير العقلاني المنطقي عن كل ما حدث .

وقبل إنتهاء الحصة قامت الباحثة بإستعراضا شاملا لمسار العلاج مع التركيز على قدرات العميل وإمكاناته ونجاحه الكامل في العملية .

وفي الأخير يطلب من العميل مواصلة إستخدام المراقبة الذاتية في حالة ظهور نوبة الصداع .

وتعلن الباحثة عن إنتهاء مدة العلاج وتخبر العميل بأنها مستعدة لإستقباله في وقت الحاجة وتحدد له موعدا بعد ثمانية أسابيع بهدف التتبع الذي يقع خارج أهداف البحث الحالي .

العلاج البؤري " Focal Therapy "

تم تقديم العلاج البؤري إلى المجموعة " ب " والتي تتكون من الحالات التي تحمل الأرقام الزوجية (2X , 4X , 6X , 8X , 10X , 12X) *.

ونفذت خطواته خلال الحصص العلاجية العشر على النحو الآتي :

الحصة الأولى :

يعمل المعالج على جعل العميل يتوصل إلى الإستبصار بمشكلته عن طريق التعبير الحر .

الحصة الثانية :

يقوم المعالج بتفسير التصور المثالي للوضع النفسي للعميل بالتركيز على متطلباته المفرطة نحو نفسه ، وعلى إفهام العميل بالطابع المؤقت للمشكلة .

الحصة الثالثة :

يسمح المعالج للعميل بإستبصار أكثر عمقا لمشكلته وبالتعرف على الإرتباط الموجود بين الوقائع المؤلمة ومشكلته الحالية .

---

* إستخدم أفراد هذه المجموعة تقنية المراقبة الذاتية المذكورة سابقا واحتفظوا بتسجيلات كاملة لعدد نوبات الصداع وشدتها والعوامل المحيطية والمرضية التي تستثيرها .

الحصة الرابعة :

يفسر المعالج للعميل صراعاته ويسمح بالتعبير عنها .

الحصة الخامسة :

يفسر المعالج للعميل هذه الصراعات ويسمح له بالتعرف على آلياته الدفاعية .

الحصة السادسة :

يوضح المعالج للعميل مشاعره العدوانية ويسمح له بالتعبير عنها بكل حرية .

ويتم تقديم بطارية المقاييس في هذه الحصة للتعرف على التحسن الذي طرأ نتيجة التدخلات العلاجية .

الحصة السابعة :

توفير الجو الذي يساعد العميل على التعبير الحر عن مشاعره العدوانية وتقبلها .

الحصة الثامنة :

مساعدة العميل على التعبير الحر عن مشاعره العدوانية بصورة أكثر عمقا ومن ثم تقبلها .

الحصة التاسعة :

التعبير الحر للعميل عن مشاعره العدوانية وتقبلها ، ومساعدة العميل على إسترجاع نرجسيته .

الحصة العاشرة :

التاكيد على إسترجاع نرجسية العميل والتعرف على مدى التحسن الذي حصل في العلاقات الشخصية المتبادلة وفي إتخاذ القرارات .

يتم تقديم بطارية المقاييس في هذه الحصة للتعرف على مدى فعالية العلاج بخصوص الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

تعلن الباحثة عن إنتهاء العلاج وتطلب من العميل مواصلة التسجيلات عند حدوث النوبة بنفس الطريقة التي تعلمها وتفسح له مجال الإستشارة في وقت الحاجة ، وتحدد له موعدا بعد ثمانية أسابيع كما هو الحال بالنسبة للمجموعة السابقة .

III التقويم :

إعتمدت ستراتيجية التقويم على ثلاث مراحل من التقدير ، الأول قبل التعرض للعلاج للتعرف على الخط القاعدي ، والثانية أثناء العلاج (بعد أربعة أسابيع من بدء البرنامج العلاجي) والثالثة بعد إنتهاء العلاج ، أي بعد ثمانية أسابيع ، وقد تم الحصول على هذه التقديرات من خلال التسجيلات اليومية المنتظمة التي قدمها أفراد عينة البحث جميعا حول نشاط الصداع من حيث تواتره وشدته وكمية الدواء المتناولة ، ومن حيث الأعراض النفسية المصاحبة له ، ومن خلال المقاييس المستخدمة في البحث .

وقد تم حساب المعدل الأسبوعي لنشاط الصداع بإستخدام المعادلة الآتية :

$$\bar{X} = \frac{\Sigma(X.f)}{\Sigma f}$$

حيث يمثل : $\bar{X}$ المعدل الأسبوعي لنشاط الصداع .

(X) شدة النوبة

(f) تواترها

Σf ويكون دائما مساويا لـ (28) حيث تحسب الأيام الخالية من نوبات الصداع ، وان (28) يمثل عدد التسجيلات الأسبوعية (7 x 4) .

وتم حساب هذا المعدل الأسبوعي بهدف التعرف على التغيرات التي تحصل في هذا النشاط إبتداءا من المقابلة الثانية إلى نهاية العلاج أي لمدة (12) أسبوع ، وقد تم توضيح هذه التغيرات من خلال الرسوم البيانية لكل حالة على إنفراد .

وتم حساب كمية الدواء التي يتناولها العميل يوميا إبتداءا من المقابلة الثانية أيضا حتى نهاية التدخل السيكولوجي أي لمدة (12) أسبوع للتعرف على التغيرات التي يمكن أن تحصل في كمية الدواء المستخدمة . علما أن الباحثة قد قدمت جدولا يوضح هذه التغيرات .

أما بخصوص الأعراض النفسية المصاحبة للصداع فقد تم تقويم التغيرات الحاصلة فيها إستنادا إلى الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة البحث على بطارية المقاييس المستخدمة خلال مراحل التقدير الثلاث .

ومن أجل التعرف على مستوى التحسن الذي نتج عن التدخلات العلاجية (تقدير مدى فعالية العلاج) بالنسبة لنشاط الصداع من جهة وبالنسبة للعوامل النفسية المصاحبة له من جهة أخرى ، تم حساب النقصان المائوي لنشاط الصداع من خلال المعادلة الآتية :

$$\frac{\text{دليل نشاط الصداع قبل العلاج} - \text{دليل نشاط الصداع بعد العلاج}}{\text{دليل نشاط الصداع قبل العلاج}} \times 100$$

ويعتبر بلانشارد وجماعته " Blanchard & al " عام 1988 أن المريض قد تحسن عياديا إذ كانت درجة النقصان بنسبة 50 ٪ أو أكثر .

كما تم حساب التحسن النفسي (العيادي) على مستوى الأعراض النفسية المصاحبة للصداع إعتمادا على نفس المعادلة السابقة المستخدمة في حساب نقصان نشاط الصداع – بالرجوع إلى الدرجات التي حصل عليها المرضى على جميع المقاييس المستخدمة في التعرف على هذه الأعراض .

وقد سعت الباحثة إلى الحصول على تقويم خارجي " External Judge " بخصوص تقويم فعالية العلاج عن طريق الطبيب النفسي وطبيب الأعصاب ، وهما الشخصان اللذان أوكلت لهما مهمة التشخيص الأولي ، غير أن النتائج التي تم تقديمها لم تسمح بالتمييز بين الحالات لذلك لم تتمكن الباحثة من الإعتماد عليها .

وهكذا تتضح طريقة البحث وإجراءاته ، التي تم من خلالها إختبار الفرضيات الثلاث الآتية :

1 – إن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع المزمن .

2 – لكل من العلاجين (المعرفي السلوكي والبؤري) آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع المزمن .

3 – يرتبط مستوى التحسن العيادي للصداع المزمن بنوع التقنيات المستخدمة .

علما بأن الباحثة قدمت علاجا معرفيا سلوكيا للمجوعة " أ " (الحالات ذات الأرقام الفردية (11X , 9X , 7X , 5X , 3X , 1X) ، كما قدمت علاجا بؤريا للمجوعة " ب " (الحالات ذات الأرقام الزوجية (12X , 10X , 8X , 6X , 4X , 2X) .

وتم عرض الحالة " 1X " كحالة نموذجية للعلاج المعرفي السلوكي والحالة " 2X " كحالة نموذجية للعلاج البؤري ، بينما تم عرض نتائج الحالات المتبقية بصورة مختصرة للتعرف على مدى ثبات هذه النتائج بالنسبة لجميع الحالات .

الفصل الثالث

عرض الحالات

الحالة IX : (علاج معرفي سلوكي)

الآنسة (ب – س) فتاة يبلغ سنها 20 سنة – مستواها التعليمي سنة ثانية ثانوي ، تتعلم الخياطة في معهد التكوين المهني ، ترتيبها في الأسرة الثانية ولها أخ أكبر منها يبلغ سنه (25) سنة وأخت أصغر منها (15 سنة) ، تعيش الأسرة في شقة تتكون من أربع غرف ، تتقاسم وأختها الصغرى واحدة منها أما المستوى الإقتصادي للأسرة فيعتبر متوسط .

ليس لها سوابق مرضية عضوية معروفة .

ليس لهل سوابق مرضية نفسية معروفة .

الوالدان أقرباء من الدرجة الأولى ، تشكو الأم من صداع مزمن ، أما صحة باقي أفراد الأسرة فهي جيدة عموما ، فليس هناك خلفية مرضية عضوية أو نفسية معروفة .

لا تعاني الحالة من مشكلات في التغذية أو النوم أو الإخواج ، وغير متعودة على تناول المنبهات (قهوى أو شاي . . .) ، عادتها الشهرية عادية .

العلاقة مع الأم حسنة . أما العلاقة بباقي أفراد الأسرة فهي سيئة مع الأخوة وغائبة مع الأب . لها عدد كبير من الصديقات . عاشت علاقة عاطفية جنسية سيئة مع أحد الشباب عندما كان عمرها 18 سنة .

تقضي أوقات فراغها في الإستماع للموسيقى وفي قراءة المجلات وفي التجول ، وليست لها رغبة في مشاهدة البرامج التلفزيونية التي غالبا ما تسبب لها القلق .

تشكو من صداع شديد ومتكرر منذ سنتين ، علما بأنها كانت تعاني قبل هذه المدة من بعض نوبات الصداع الخفيفة من حين لآخر " كما يحصل عند جميع الناس " حسب قولها .

أجريت لها فحوص طبية عديدة وتناولت أدوية مضادة للصداع دون أي فائدة .

وقد وضحت العميلة بأن ظهور نوبات الصداع الشديد والمتكرر بدأ عندها في الشهور التي سبقت توقفها عن الدراسة ، بالإرتباط مع بداية العلاقة العاطفية ، كما بينت أن شدة الألم منعتها من العمل .

وبعد التعرف على العميلة قدمت الباحثة المقاييس السيكولوجية خلال المقابلة الثانية للتعرف على الخطوط القاعدية للأعراض النفسية المصاحبة للصداع (1) ، إذ ظهر أن للعميلة مستوى مرتفع من القلق ومستوى تقدير ذات واطيء و فعالية ذات واطئة و إكتئاب متوسط .

ثم إقترحت الباحثة تقنية المراقبة الذاتية والتي تقوم على التسجيلات اليومية (2) لظهور نوبات الصداع وشدته وفقا لجدول التوقيت الذي تم تحديده سلفا والأعراض المصاحبة له والظروف المحيطية التي تثيره (تسبقه) والأفكار التي تسبق هذه النوبات .

وبعد أن وافقت العملية على القيام بهذه التسجيلات ، قدمت الباحثة خطة البرنامج العلاجي التي دعمتها بالشروح التفصيلية المطلوبة ، وقد حظيت الخطة بتقبل العميلة ، رغم يأسها من الشفاء من هذا المرض حيث وضحت ذلك بقولها :

" رغم أنه ليس لي أمل كبير في الشفاء ، فإنني مستعدة لعمل المستحيل من أجل التخفيف من معاناتي " .

وفي نهاية الحصة حددت الباحثة موعدا مع العميلة بعد أربعة أسابيع .

---

(1) : أنظر جدول رقم (4 – ب)

(2) : تم تقديم الشرح التفصيلي لهذه التقنية في القسم المنهجي من الرسالة .

العلاج :

الحصة الأولى :

أظهرت التسجيلات اليومية التي قدمتها العملية من خلال تقنية المراقبة الذاتية أن هناك إنخفاضا تدريجيا في عدد نوبات الصداع خلال الأربعة أسابيع الماضية كما إتضح أن هناك إنخفاضا بسيطا في شدة الألم ، غير أن كمية الدواء المستخدمة لم يطرأ عليها أي تغيير ، حيث إستمرت العميلة طيلة الأسابيع الأربعة المذكورة بتناول نفس كمية الدواء .

تحدثت العميلة عن حالتها في الأسابيع الأربعة الماضية وصرحت بأن التسجيلات اليومية سمحت لها بإستبصار حالتها وبملاحظة بعض الخصائص التي ترتبط بإضطرابها حيث قالت :

(ب – س) : " إن المواقف التي تقلقني محددة جدا و يمكن تلخيصها بما يأتي :

تظهر نوبات الصداع عندما لا أستطيع أن أقوم بعملي كما خططته ، فإنني أنفعل ويطغى علي القلق مما يجعلني أفقد كل قدراتي وأحس بألم شديد هنا (تشير العميلة إلى مؤخرة الرأس أي القفى " region occipitale ") وتدوم هذه الحالة إلى أن ألتزم الفراش .

– وتظهر أيضا عندما أكون في الشارع برفقة زميلاتي ، رغم أن علاقاتي معهن جيدة ، غير أنني لا أتحمل أن تصاحبني أحداهن في الشارع ، وكلما إلتصقت بي واحدة فإني أشعر بإنزعاج كبير .

– أخيرا لا أتحمل إزعاج إخوتي لأني لا أستطيع الرد على إستفزازاتهم وأغضب إلى حد الإرتعاش ويكاد رأسي ينفجر ولا أجد الراحة إلا في فراشي " .

---

(1) : أنظر جدول رقم (4 – ب) والرسم البياني رقم (4 – أ)

علما أن جميع هذه المعلومات التي صرحت بها العميلة وردت في التسجيات اليومية التي قدمتها ، الأمر الذي يؤكد عمق إقتناع العميلة بهذه الأفكار والتقييمات والتوقعات والإنتسابات من جهة ويدعم فرضية وجود القلق من جهة أخرى ، إذ يؤكد بيك وايميري " Beck & Emery " عام 1985 أن الإنسان القلق غالبا ما ينسب إنفعالاته إلى النلس الأخرين وإلى الوقائع الخارجية ، حيث نسبت العميلة قلقها مرة إلى صديقاتها ومرة أخرى إلى إخوتها .

وهنا وجدت الباحثة الفرصة سانحة لتوضيح الإرتباط بين الضغط والقلق والصداع على النحو الآتي :

(ب) : " إن الضغط النفسي يحدث إستثارة فيزيولوجية عن طريق الجهاز العصبي ، وتعمل الإستثارة على إحداث القلق الذي يصحبه كلام داخلي يعود فيؤثر في الإستثارة الفيزيولوجية ويعمل على تضخيمها .

وهكذا فكلما إزداد قلقك وتوترك وكلما توترت عضلاتك ، يحدث الألم الشديد الذي تحسينه . حيث إن توتر العضلات يتطلب صرف طاقة كبيرة وهذا ما يتعبك ، فتنقص قدرتك على المقاومة وتحمل الألم .

تسأل الباحثة هنا :

هل تتضح لك الآن ميكانزمات حدوث الألم ؟ " .

(ب – س) : " نعم ، هذا واضح جدا " .

(ب) : " وهل يرضيك هذا التفسير ؟ " .

(ب – س) : " نعم ، إنه تفسير مقبول لأنه علمي ، ولدي ثقة تامة بما تقولينه لي ، أنا أؤمن بالعلم " .

وبعد إنتهاء هذا الحوار ، توضح الباحثة أهمية تقنية الإسترخاء للتحكم في القلق وتؤكد ضرورة إستعمالها عند ظهور الأعراض الأولية التي تنبه إلى حدوث النوبة .

ثم تبدأ بشرح هذه التقنية بصورة دقيقة لتكون العميلة على دراية بكل خطواتها وشروطها وكيفية تطبيقها . وبعد التأكد من إستيعاب العميلة لهذه التقنية ، تبدأ الباحثة في تدريب العميلة على القيام الفعلي بها ، دون أن تنسى التركيز على أهميتها أثناء الشرح وأثناء التدريب حيث أنها أساس كل العلاج .

وعند إنتهاء الحصة يطلب من العميلة القيام بتمرينات الإسترخاء هذه في المنزل ثلاث مرات في اليوم لمدة عشر دقائق في المرة الواحدة ، كما يطلب منها أن تواصل المراقبة الذاتية والتسجيلات المطلوبة للأسبوع القادم . وفي نهاية الحصة تم تحديد الموعد القادم الذي حدد بعد ثلاثة أيام .

الحصة الثانية :

تبدأ الحصة بمراجعة التسجيلات اليومية مع العميلة ، والتي يظهر من خلالها أن الصداع قد إنخفض قليلا ، غير أن العميلة إستمرت في تناول نفس الكمية من الدواء . وهنا طلبت الباحثة من العميلة أن تقدم الأسباب لإستمرارها في تناول كمية الدواء هذه رغم إنخفاض عدد نوبات الصداع وشدته ، فأجابت :

(ب – س) : " إنني أصر على تناول هذه الأدوية كما العادة ، فالطبيب هو الذي حدد لي ذلك " .

هنا طلبت الباحثة من العميلة أن تستشير الطبيب في هذا الموضوع ، ثم سئلت عن مدى إلتزامها ومواصلتها لتمارين الإسترخاء ، فأجابت أنها ترتاح لهذه الطريقة ولم تنسى تمرينا واحدا .

وتمت مراجعة خطوات هذه التقنية وطريقة إستخدامها مع العميلة . وبعدما عادت الباحثة والعميلة إلى مراجعة التسجيلات اليومية التي أظهرت أن المواقف التي تثير قلق العملية لم تتغير عن الحصة السابقة .

أما بخصوص العالم المعرفي للعميلة فقد أظهرت التسجيلات ، التي مكنت الغميلة من التعرف على أفكارها ومعتقداتها وتقييماتها وتوقعاتها ، ان هناك معتقدات (أفكار) خاطئة وغير عقلانية أو غير منطقية كما أن هناك تقييمات سلبية للذات وللآخرين ، وتوقعات هي الأخرى سلبية سواء بالنسبة للذات أو للآخرين .

وهنا طلبت الباحثة من العميلة أن تعبر عن هذه الأفكار بصوت مسموع فقالت :

(ب – س) : " أنا لست جادة كالآخرين ، مردودي دائما ناقص ، لن أنتهي في الوقت المحدد ، كالعادة ، لن أستطيع النجاح ، إذا فشلت سأهبل " .

" دائما تلتصق بي واحدة ، لا يمكن أن أتخلص منها إذا ما إلتقيت بصديقي ، ربما يفضلها علي ، إنه شخص جذاب ، رغما عنها ستحاول أن تلفت إنتباهه لسرقته مني ، سأخسر زميلتي وخطيبي ، إذا حدث هذا ، أهبل " .

" إنهم يتعمدوا إزعاجي ، يكرهوني ، إن حياتي بائسة من أجلهم ، لا أتحمل وجودهم ، " رايحين إيهبلوني صح " .

وتضيف بسرعة :

" أنا لا أفكر بهذه الطريقة دوما ، إنما فقط عندما يثيرونني " .

ويتضح من خلال هذه الجملة الأخيرة أن العميلة قد شعرت بخطأ أفكارها أو في الأقل بالمبالغة في هذه الأفكار وأرادت أن تبين أنها لا تفكر بهذه الطريقة دوما ، بل فقط عندما يثيرها الآخرين .

وهكذا إتضح للعميلة الإرتباط الوثيق بين مشاعر القلق والأفكار التي تسبقها ، وقد دعمت الباحثة هذا الإرتباط وعززته عن طريق تقديم بعض الأمثلة من خلال الأفكار المعبر عنها في التسجيلات أو من خلال الحديث الذي قدمته العميلة وحتى عن طريق أمثلة أخرى توضح كيف أن مشاعر القلق غالبا ما تسبقها أفكار سلبية وخاطئة وغير عقلانية .

وهنا تبدأ الباحثة بتحليل هذه الأفكار والتقييمات والتوقعات مع العملية لتوضيح خطأ هذه الأفكار ولا عقلانيتها وسلبيتها بشكل عام دون الخوض في التفصيلات ، وتحاول مساعدة العميلة على تصحيح هذه الأفكار وتدعيم تقدير الذات (التقييمات الإيجابية حول الذات) بالرجوع إلى أفكار العميلة نفسها التي عبرت عنها من خلال التسجيلات ومن خلال الحديث المباشر ، وقد تم ذلك على النحو الآتي :

تطلب الباحثة من العميلة أن تفكر بطريقة أخرى وتحاول دائما أن تقول مع نفسها " على أن أهدأ ، وان لي قيمة مثل الآخرين ، وإذا حاولت سوف أنجح ، فكل محاولة سوف تعلمني شيئا جديدا ، أستطيع أن أنجح ، أنا قادرة على النجاح ، . . . " .

ثم طلبت من العميلة أن تتدرب على التحكم في أفكارها بالطريقة الآتية :

(ب) : " كلما وجدت نفسك تفكرين بطريقة سلبية ، إسترخي وحاولي إستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية ، حيث أن المحاولات المتكررة سوف تجعلك تفكرين بطريقة إيجابية وصحيحة تلقائيا بمرور الوقت " .

وفي نهاية الحصة طلب من العميلة مواصلة تمارين الإسترخاء يوميا في المواعيد المحددة ومواصلة المراقبة الذاتية (التسجيلات اليومية المطلوبة) ، وتم الإتفاق على الموعد القادم بعد ثلاثة أيام .

الحصة الثالثة :

تظهر التسجيلات اليومية أن هناك إنخفاضا في عدد نوبات الصداع وفي شدته ، كما تظهر أن العميلة قد توقفت عن تناول الدواء الخاص بالصداع تماما . وتوضح هذه التسجيلات أن العميلة لا تزال غير قادرة على التحكم في أفكارها وتقييماتها وتوقعاتها ، إذ حصل بعض التحسن ولكنه لم يكن تحسنا كبيرا ، فقد ظلت تقييمات العميلة للذات وللآخرين سلبية ، كما بقيت توقعاتها هي الأخرى سلبية أيضا ، وظهر أن العميلة ما تزال تعاني من التقدير الواطيء للذات ومن عدم القدرة على مواجهة المشكلات اليومية ، الأمر الذي يشير إلى قصور فعالية الذات (التوقعات) .

أما بخصوص المواقف التي تستثير القلق فقد إتضح من خلال التسجيلات أن معظمها مواقف تحصل داخل المحيط الأسري ، لذلك حاولت الباحثة التعرف أكثر على هذا المحيط عن طريق السؤال الآتي :

(ب) : " ما هو رد فعل المحيط الأسري لنوبات الصداع ؟ " .

فأجابت العميلة :

(ب – س) : " إن أمي فقط تفهمني لأنها تعاني من نفس المشكل ، إن أبي غائب دون غياب – وأمي تتحمل كل الصعوبات ، فتتعب وتقلق ولهذا تعاني من صداع شديد منذ سنوات – أنا أشبهها ، وعندما أتألم تقدر الوضع وتحضر لي تيزانة وتجلس قربي وتكلمني بلطف ، إنها أم وصديقة وأخت ، تحكي معي وقتا طويلا ، وأظن أن إخوتي يغارون من هذا ، رغم أنها تعتني بهم خاصة أن أخي يتمتع بوضعية الذكر الوحيد وأختي هي " المعزوزية " .

(ب) " وأنت ؟ " .

(ب – س) : " أنا أقع في الوسط فوضعيتي ليست خاصة ، وكان من الأحسن أن أكون البكر " .

(ب) : " لماذا يغارون منك إذن ؟ " .

(ب – س) : " لأن أمي تعتني بي وتقاسمني أسرارها " .

(ب) : " متى ؟ " .

(ب – س) : " عندما . . . " <

ثم تستدرك العميلة سريعا لتقول :

" ربما تفكرين إنني أستخدم الصداع لأتميز بمعاملة خاصة ، لكنني لا أتظاهر بالمرض ، أنا أتألم حقيقة ، وهذا لا يرضيني " .

وهنا تعلق الباحثة على قول العميلة هذا ، بما يأتي :

(ب) : " إن سؤالي هذا لا يحمل هذا المعنى تماما فقد أردت فقط التعرف على الظروف المحيطية التي تعيشين فيها بدقة حيث أن لذلك أهمية كبيرة في العلاج وقد يشكل ما نحدثت به إفتراض قد يكون صحيحا وقد لا يكون ، فهو مجرد إفتراض يبين أهمية ظروفك الحياتية ونشاطك النفسي – الإجتماعي " .

(ب – س) : " لم أكن أتصور مثل هذا الإفتراض من قبل ، ولم يخطر بذهني " .

(ب) : " هل تظنين أن وجود الألم (الصداع) يجعل أمك تسعى إلى الحديث معك ؟ إنك إبنتها البكر ، وبهذا تتميزين بوضعية خاصة ، لأن الأم تقترب دائما من إبنتها الكبرى وتقاسمها إنشغالاتها . حاولي أن تتقربي إليها وان تتحدثي معها في غير أوقات الألم " .

(ب – س) : " أنت على حق ، أكثر من ذلك سأطلب منها أن تتركني لوحدي إذا ما أصبت بنوبة صداع " .

(ب) : " هذه مبادرة جيدة ، وصعوبة تحمل الوضع واضحة ، لكني واثقة أن بإمكانك القيام بذلك ، إنك إنسانية ذكية وشجاعة " .

(ب – س) : " هذه أول مرة أسمع شيئا مثل هذا ، حيث لم يقل لي أحد من قبل بأني ذكية وشجاعة " .

(ب) : " هذه حقيقة " .

(ب – س) : " لماذا لم أنجح في دراستي إذن ؟ " .

(ب) : " إن النجاح يرتبط بعوامل عديدة واحدها الذكاء ، وأحيانا قد يكون الإنسان ذكيا ولكن لا ينجح " .

وارتاحت العميلة لهذا الكلام وكأنها تكتشف لأول مرة أن لها خصائص جيدة .

وطلب من العميلة أن تواصل التسجيلات اليومية لنوبات الصداع وشدتها وان تستمر في مراقبة أفكارها ومحاولة إستبدالها ، وتعويضها بأفكار إيجابية . كما عليها أن تواصل تمارين الإسترخاء اليومية .

وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد ثلاثة أيام .

الحصة الرابعة :

تظهر المراقبة الذاتية التي توضحها التسجيلات التي قامت بها العميلة أن هناك تحسنا مستمرا على مستوى الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدة النوبات مع إستمرار العميلة على عدم تناول الأدوية (إنقطاع تام عن تناول الدواء) .

كما تظهر هذه التسجيلات أن العميلة بدأت تتحكم إلى حد ما في أفكارها وانفعالاتها حيث قالت :

(ب – س) : " حتى أنني إستطعت مواجهة موقفا صعبا لم أكن أتخيل من قبل أنه في إستطاعتي التحكم في نفسي بهذه الصفة خاصة في مثل هذه الحالة " .

(ب) : " كيف ذلك ؟ " .

(ب – س) : " كنت مع صديقتي واعتدى علينا شابا كان يريد سرقتنا ، وبينما فقدت زميلتي كل إمكانيتها ، إستطعت أن أبقى هادئة وأواجه الموقف حيث تصورتك مكاني وتصرفت مثلك " .

(ب) : " إنك تصرفتي حسب قدراتك الذاتية وبرهنتي أنه في إستطاعتك التحكم في الوضع . كان تصورك لي وسيلة لتشجيع نفسك ، وخصائصك الذاتية هي التي سمحت لك بالنجاح " .

غير أن التقييمات والتوقعات حول الذات والآخرين ما تزال سلبية حيث تقول العملية :

(ب – س) : " بدأت أحس بثقة أكبر في نفسي ، لكنني مازلت لا أتحمل رفقة زميلاتي في الشارع " .

الأمر الذي يؤكد مرة أخرى أن العميلة غير واثقة من نفسها أو من الآخرين وبحاجة إلى تدعيم فعالية الذات وتقدير الذات . وهنا تسعى الباحثة إلى هذه التدعيمات . ثم تطلب من العميلة مواصلة العمل على حصر الأفكار السلبية التي تسبق القلق وتحاول إستبدالها بأخرى إيجابية مع التأكيد على قدرتها على القيام بذلك (تعزيز فعالية الذات) حيث أن مثل هذا التعزيز يمكن أن يقود إلى رفع مستوى تقدير الذات ، مع التأكيد للعميلة بأن مثل هذا الأمور لا يمكن أن تتم بصورة كاملة وبسرعة حيث أنها تتطلب ممارسة دائمية للوصول إلى النتائج المرغوبة .

وفي نهاية الحصة ، يطلب من العميلة مواصلة المراقبة الذاتية بكل أبعادها ، مع مواصلة تمارين الإسترخاء ، ثم يتم الإتفاق على موعد الحصة القادمة بعد ثلاثة أيام .

الحصة الخامسة :

إتضح من التسجيلات التي قدمتها العميلة من خلال المراقبة الذاتية ، أن هناك تحسنا مستمرا حيث يلاحظ نقصا واضحا في عدد نوبات الصداع وفي شدته مع إستمرار الإمتناع عن تناول الأدوية . كما إتضح أن هناك موقفا جديدا إرتبط بنوبات الصداع ، هو خروج العميلة مع صديقها يوميا في هذه الفترة ، علما بأنها لم تكن تلتقي به منذ المقابلة الأولى (بداية التدخل السيكولوجي) .. الأمر الذي جعل الباحثة تركز في هذه الحصة على موضوع هذه العلاقة .

وهنا طلبت الباحثة من العميلة أن تتحدث بالتفصيل عن هذه العلاقة ، فظهر من خلال المعلومات التي أدلت بها العميلة أن هذه العلاقة هي أساس المعاناة التي تشعر بها حيث أنها وظفت كل طاقاتها للوصول إلى الهدف النهائي لهذه العلاقة – الزواج – ، مما جعلها تهمل دراستها وتشك في قدرتها الذاتية وفي قيمتها نظرا لعدم تقدم هذا الشاب لخطبتها ، علما بأنها دوما تنسب هذا الأمر إلى عدم توفر إمكانيات الخروج مع هذا الشاب نظرا لرقابة الأهل وتشددهم في هذا المجال .

وكان الخوف يسيطر على العميلة كلما إلتقت به لإحتمال إكتشاف أحد أفراد الأسرة لهذا الأمر ، حيث تقول العميلة ما يأتي :

(ب – س) : " أنا لا أتمتع بهذه الأوقات ، كأنني أسرقها ، فالخوف من العقاب والإحساس بالفشل جعلوني غير صالحة للمعاشرة " .

وتؤكد هذه العبارة مرة أخرى وجود القلق بصورة واضحة فضلا عن التقدير الواطىء للذات والتوقعات السلبية .

وهناك تحاول الباحثة تفنيد هذه الأفكار والتوقعات والتقييمات وتقديم الدليل على عدم صحتها ، وتتوصل العميلة إلى الإقتناع بأن توقعاتها كانت سلبية وخاطئة في أكثر من مجال إذ أنها مستندة إلى أسس خاطئة منذ البداية . كما يتوضح لها الإرتباط اللامنطقي وغير العقلاني بين ظروفها الحياتية في الأسرة وبين ما تقوم به في الواقع .

وفي نهاية الحصة ، يطلب من العميلة مواصلة المراجعة الذاتية وكتابة التسجيلات بكل جوانبها مع مواصلة تمارين الإسترخاء وتذكيرها دوما بالعمل على حصر أفكارها السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية . وتم تحديد موعد الحصة القادمة بعد أسبوع .

الحصة السادسة :

تفيد المعلومات الواردة في تسجيلات المراقبة الذاتية أن هناك تحسنا واضحا على مستوى عدد نوبات الصداع وشدتها (1) كما يتضح وجود بعض التحسن في الناحية المعرفية حيث إستطاعت العميلة أن تحصر أفكارها السلبية وتستبدلها بأفكار إيجابية بالإضافة إلى إستفادتها الواضحة من تقنية الإسترخاء حيث تقول :

(ب – س) : " إنني وصلت إلى درجة كبيرة من التحكم في قلقي وخفت معاناتي إلى حد كبير فأنا أستخدم تقنية الإسترخاء كلما واجهت مواقف ضغط " .

غير أن التقييمات ظلت سلبية حيث أن العميلة ليست لها ثقة بنفسها ولا بقدرتها على النجاح في الدروس أو في المتطلبات المتعلقة بتكوينها المهني ، الأمر الذي دفع الباحثة إلى التركيز حول هذه التقييمات بهدف بيان عدم صحتها وسلبيتها مع تدعيم التوقعات الإيجابية المتعلقة بتوقع النتيجة وبالتوقع الفعال حيث بينت للعميلة أن في مقدورها النجاح في الدروس والأعمال اليدوية إذ ما علمت على تنظيم وقتها ووضعت برنامجا يوميا تحدد فيه أوقات العمل وأوقات الراحة فهي بالتأكيد ستحقق النجاح ، وقد طلبت الباحثة من العملية أن تضع برنامجا للعمل والنشاط تحدد فيه الأعمال التي تقوم بها وأوقات الراحة والتسلية (كل ما يمكن أن تقوم من نشاطات يوميا) .

(ب) : " أن متأكدة من قدرتك على النجاح ، فأنت ذكية ، فقط تحتاجين إلى عملية تنظيم وهنا تبدو العملية مقتنعة بقدرتها وإمكانياتها وتظهر موافقتها على البرنامج .

وخلال هذه الحصة تم تقديم بطارية المقاييس السيكولوجية للعميلة للتعرف على الأعراض النفسية المرتبطة بالصداع ، فظهر أن هناك تحسنا واضحا على مستوى القلق حيث حصلت العملية على درجة (74) على مقياس سبيلبرجر وهي تشير إلى نقص ملحوظ بالمقارنة مع درجة القلق قبل العلاج (علما أن الدرجة العالية للمقياس تعتبر مؤشرا الوجود الإضطراب) .

---

(1) : أنظر جدول رقم (4 – 1)

ورغم ذلك فما تزال درجة القلق عالية وتحتاج إلى مزيد من التدخل كما إنخفض مستوى الإكتئاب بشكل واضح حيث حصلت العميلة على الدرجة (6) وهي درجة تشير إلى وجود مقدار قليل من الإكتئاب . أما بخصوص تقدير الذات وفعالية الذات فقد ظهر تحسن ملحوظ في هذين المجالين حيث إرتفعت درجة العميلة على مقياس روزنبرج إلى درجة (25) بعد أن كانت (13) قبل العلاج ، كما إرتفعت درجتها على مقياس شيرير لفعالية الذات إلى (35) بعد أن حصلت على الدرجة (24) قبل العلاج .

الأمر الذي يؤكد التحسن على هذين المستويين حيث أن إرتفاع الدرجة على المقياسين المذكورين يشير إلى التحسن [1].

وهكذا يتضح أن العميلة تحتاج إلى مزيد من العمل على تدعيم تقدير الذات وفعالية الذات الأمر الذي يمكن أن يسهم في زيادة قدرتها على التحكم في القلق .

وفي نهاية الحصة طلبت الباحثة من العملية أن تواصل المراقبة الذاتية والتسجيلات المتعلقة بها ومع التأكيد على حصر الأفكار السلبية (التوقعات والتقييمات) والعمل على إستبدالها بأخرى إيجابية وعقلانية والقيام بتمارين الإسترخاء المقررة . ثم حددت لها موعدا بعد أسبوع .

الحصة السابعة :

توضح التسجيلات خلال هذه الحصة عدم وجود أي نوبة من نوبات الألم(الصداع) الأمر الذي قاد العميلة إلى الإعتقاد بأنها قد شفيت تماما . وهنا بدأت الباحثة في تطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي وتعزيزها إبتداءا من حصر الأفكار والإعتقادات والتوقعات والتقييمات . حيث أن ذلك يساعد العميلة على مراقبة هذه الأفكار ويقدم لها الإنطباع بأنها

(1) : أنظر جدول رقم (4 – ب)

قادرة على التحكم فيها أي يقدم لها الإحساس بالتمكن ضد هذه الأفكار ويساعدها على التعرف على نوعيتها بصورة جيدة بدلا من تقبلها على أنها إنعكاسات للواقع الخارجي ، إذ يؤكد بيك وإيمري " Beck & Emery " عام 1985 أن حصر هذه الأفكار يساعد العميل على رؤية العلاقة الوثيقة بين هذه الأفكار والقلق كما يساعده ليس فقط على فهم هذه الأفكار بل على فهم كيفية إنتاج هذه الأفكار وكيف أنها قادرة على تعزيز وتدعيم القلق عنده .

وبعدها تأتي الخطوة الثانية التي تتركز حول إستبدال هذه الأفكار اللامنطقية وغير العقلانية بأخرى صحيحة وعقلانية (خلق التفسيرات البديلة للمواقف) حيث يؤكد المعرفيون أن الستراتيجية الأساسية الثانية في إعادة البناء المعرفي هي أن يركز المعالج على توضيح الطرق الأخرى في النظر إلى المواقف الحياتية .

وقد حاولت الباحثة أن توضح للعملية بأن عدم ظهور نوبات الصداع في الأسبوع الماضي قد لا يعني الشفاء التام ، إذ من المحتمل أن تعود هذه النوبات إلى الظهور ، لذلك عليها أن تواصل ما هو مطلوب منها وما تم الإتفاق عليه دون تغيير .

ثم تنتقل الباحثة إلى تدعيم تقدير الذات وفعالية الذات عن طريق تصحيح التقييمات والتوقعات مع التركيز على قدرات العملية الذاتية وإمكانياتها في مواجهة المشكلات الحياتية بنجاح ، وتوضيح ما إستطاعت أن تحققه في مجالات متعددة أهمها مواصلة تمرينات الإسترخاء والإلتزام بتعليمات المراقبة الذاتية ومحاولتها الناجحة في حصر الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية والتأكيد على توسع نظرتها إلى الأشياء والمواقف وعمل التنبؤات الواقعية كل ذلك بهدف العمل على زيادة قدرة العميلة على التحكم في القلق ، حيث يؤكد المعالجون المعرفيون أن الهدف الرئيسي لعلاج القلق هو تدريب العميل على الإبتعاد عن المنظور المغلق والمحدود للواقع والإهتمام بالإحتمالات الأخرى بدلا عن التوقعات السلبية والأليمة والبحث عن التفسيرات البديلة ، وعندما يكون العميل متمكنا من هذه المهارات وقادرا على خلق هذه التفسيرات بصورة متكررة ، يصبح مهيئا للبدء بتوفير الإستجابة المعقولة أو المنطقية ويصبح بإمكانه التخلص من القلق .

وقبل إنتهاء الحصة بدأت الباحثة والعميلة بمناقشة برنامج الأعمال والنشاطات الذي قدمته العميلة ، وبعد حوار مكثف تم التوصل إلى إحداث بعض التغييرات في هذا البرنامج ليكون مناسبا لقدرات العميلة الفعلية بحيث يتم القيام بالواجبات المدرسية في الأوقات التي تكون فيها نشطة وغير متعبة ، مع ضرورة العمل اليومي في هذا المجال مع التركيز على عدم تأجيل هذه الواجبات إلى نهاية الأسبوع . وفي النهاية وافقت العميلة على هذا البرنامج وظهرت مقتنعة به وإن بإمكانها القيام بالنشاطات الأخرى مثل الخروج للنزهة أو المطالعة في الأوقات التي تحس فيها بالفشل أو بالتعب .

كما تم التركيز على ضرورة القيام ببعض النشاطات الرياضية مثل المشي الذي غالبا ما يخفف من الضيق والقلق خصوصا وأن طريقها إلى المعهد الذي تدرس فيه يعتبر أحد الطرق الجميلة السهلة التي لا تتطلب جهدا كبيرا بدلا عن إنتظار الحافلة المزدحمة في غالب الأحيان والتي كثيرا ما تتسبب القلق حتى للإنسان العادي الذي لا يشكو من الصداع .

وقبل إنتهاء الحصة تم تحديد الموعد القادم بعد أسبوع مع التذكير بضرورة القيام بالنشاطات المطلوبة مثل المراقبة الذاتية ومتطلباتها والإسترخاء .

الحصة الثامنة :

توضح المعلومات الواردة في تسجيلات العميلة أن نوبات الصداع قد عادت إلى الظهور مرة أخرى غير أنها مختلفة من حيث الشدة ومن حيث العدد ، فهي أقل شدة وأقل عددا بالمقارنة مع الحصص السابقة (بإستثناء الحصة السابعة التي غابت فيها النوبات تماما) .

حيث تصف العميلة هذه النوبات على النحو الآتي :

(ب – س) : " إنه فقط إحساس بنوع من الثقل في الرأس لكنه لا يزعجني ولا يمنعني من القيام بأشغالي التي أصبحت مرضية على العموم ، حيث أنني بدأت أشعر بأن قدرتي على العمل قد إزدادت عن السابق " .

ويتضح من خلال هذا الحديث أن العميلة بدأت تتحكم في الصداع نتيجة للتحكم في القلق حيث أصبح الصداع لا يزعجها ولا يمنعها من القيام بنشاطاتها ، كما يتضح أن تقييمات العميلة لذاتها (الفعالية الذاتية) قد تحسنت ويظهر ذلك من خلال إيمان العميلة بزيادة قدرتها . وظهر تحسن على مستوى التوقعات حيث تشير العميلة إلى أن أعمالها أصبحت مرضية . وهنا تتدخل الباحثة لتدعيم هذه التقييمات والتوقعات عن طريق الشرح الدقيق والواضح للتغيير الذي حصل لها حيث أن هذه القدرات كانت موجودة سابقا غير أن ثقتها القليلة بنفسها قد جعلتها لا تستفيد من هذه القدرات وتسيء إستعمالها .

وهنا تؤكد العميلة أنه فعلا لديها إحساس عميق بالتحسن والتغير حيث تقول :

(ب – س) : " إنني أحس بتغيير كبير وكأنني أبدا في الحياة من جديد بعد أن غادرتها منذ سنتين إنني أحسن التصرف الآن ، وقطعت علاقتي مع الشاب الذي كنت متعلقة به جدا لأنني وعيت أنني كنت مرتبطة بعلاقة سطحية تقوم على المظاهر فقط ، وأنا في غير حاجة إلى مثل هذه العلاقة ، أريد علاقة حقيقية مبنية على التفاهم المتبادل والصراحة . وتختم قولها " على كل حال لازلت صغيرة للتفكير في الزواج ، إن تحقيق مستقبل مهني يبدو لي أكثر أهمية من الزواج وأنا الآن واثقة من قدراتي " .

ولعل حديث العميلة هذا يقدم الدليل على التحسين الكبير والتغير العميق الذي حصل للعميلة على جميع المستويات حيث ظهر التحول الكبير في نمط التفكير وفي منظورها لنفسها وللآخرين والعالم والمستقبل من الإتجاه السلبي إلى الإتجاه الإيجابي وأصبحت تمتلك طريقة جديدة في التفكير تمكنها من مواجهة المشكلات ، الأمر الذي يؤكد إمتلاك الضبط الذاتي الذي يعتبر أعلى مراتب النضج المعرفي السلوكي الذي تتحول فيه العميلة من فرد سلبي متشائم . ليست له ثقة بنفسه إلى فرد إيجابي مسؤول إتجاه نفسه ومستقبله ، وقد حصل ذلك بفعل التغير على مستوى جميع العمليات المعرفية (التقييمات والتوقعات والإعتقادات وحتى الإنتسابات) حيث أصبحت العميلة واثقة من قدراتها على التحكم في المشاعر والأفكار كما إنعكس ذلك على قدرتها في إتخاذ القرارات حيث قطعت علاقتها مع الشاب الذي كانت ترى فيه كل حياتها ، قطعت هذه العلاقة نتيجة الوعي والتفكير العقلاني والفعالية الذاتية والتقدير العالي للذات .

ومن خلال كل ذلك تظهر بوضوح فعالية العلاج المعرفي – السلوكي في القدرة على خلق إنسان جديد إكتسب طرقا معرفية سلوكية جديدة في التعامل مع المشكلات الحياتية المختلفة وتحرر من ضيق الأفق في التفكير والسلوك وأصبح أكثر دراية بذاته وأكثر إهتماما وتفاؤلا بمستقبله وبالعالم المحيط به الأمر الذي يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخلص من كثير من الأعراض النفسية المرتبطة بالصداع ولا يعزز فقط فرضية البحث الثانية التي مفادها أن للعلاج المعرفي السلوكي آثار على الأعراض النفسية المرتبطة بالصداع بل يتجاوزها إلى أن هذه الآثار هي آثار إيجابية على جميع المستويات السلوكية والإجتماعية والمعرفية والمهنية .

وقبل نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد أسبوع مع التذكير بضرورة مواصلة تمارين الإسترخاء والمراقبة الذاتية وجميع التسجيلات المطلوبة .

الحصة التاسعة :

توضح التسجيلات التي قدمتها العميلة عدم وجود أي تغير أو تحسن بالنسبة لعدد نوبات الصداع وشدتها عن الحصة الماضية حيث ظلت العميلة تعاني من بعض النوبات الخفيفة القليلة العدد . كما توضح إستمرار التحسن على مستوى التقييمات والتوقعات وتقدير الذات وفعالية الذات والقدرة على التحكم في القلق والضبط الذاتي والمواجهة الفعالة الناجحة للمشكلات اليومية .

وظهر التحسن أيضا على المظهر الخارجي للعميلة حيث بدت مشرقة ومبتسمة تهتم بلباسها وبتصفيف شعرها كما بدى عليها النشاط والفعالية من خلال طريقة مشيها وطريقة جلوسها وطريقة حديثها .

كما ظهر التحسن على مستوى العلاقات الإجتماعية الأسرية والصداقية حيث أصبحت علاقتها بإخواتها جيدة وأصبحت تتعايش معهم بشكل طبيعي دون شجار أو تحدي أو صراع ، كما أصبحت علاقتها بصديقاتها جيدة هي الأخرى حيث تمكنت من التخلص من إتجاهاتها السلبية نحو الآخرين وأصبحت تقضي أوقاتا ممتعة معهن .

وهكذا يظهر بوضوح أن التحسن في الجانب المعرفي يقود إلى تحسن في الجانب السلوكي والعلائقي .

وبعد الإنتهاء من مناقشة التسجيلات طلبت الباحثة من العميلة أن توضح مدى فعالية التقنيات التي تعلمتها في القضاء على معاناتها ، وهل بإمكانها إستعمال هذه التقنيات في مواقف أخرى مغايرة ، وهنا أجابت العميلة بأن ما تعلمته من تقنيات مكنها من التحكم في القلق بشكل أساسي كما ساعدها على التخلص من كثير من المشكلات التي كانت تتعرض لها يوميا وأصبحت تعيش حياة عادية مثل كل الناس ، وأضافت بأنها قادرة الآن على إستخدام هذه التقنيات كلما واجهت مواقف ضغط حيث تقوم بمراقبة أفكارها وحصرها واستبدالها بأفكار إيجابية ومنطقية وعقلانية .

حيث تقول : " كلما راودتني فكرة سلبية أوقفها وأغيرها بأخرى إيجابية " وتبين أن بإمكانها المحافظة على هذا التطور الإيجابي (التوقعات) مهما كان حجم المشكلات التي يمكن أن تواجهها . ولعل كل ذلك يعبر عن فعالية الكفالة النفسية المعرفية السلوكية .

وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد أسبوع وطلب من العميلة أن تواصل المراقبة الذاتية والإسترخاء وكل ما هو مطلوب في الحصص السابقة رغم كل التغيرات التي حصلت عليها ورغم التحسن الواضح والعميق الذي ظهر على العميلة .

الحصة العاشرة :

توضح التسجيلات أن نشاط الصداع قد ظل كما هو دون أي تغيير منذ ثلاثة أسابيع فهو لا يسبب للعملية أي إزعاج أو ضيق ولا يمنعها من ممارسة أعمالها اليومية ونشاطاتها العادية . كما توضح إستمرار التحسن على جميع المستويات التي تمت الإشارة إليها في الحصة السابقة (الجانب المعرفي والسلوكي والعلائقي الإجتماعي والمظهر الخارجي) .

وفي هذه الحصة حاولت الباحثة التأكد من فهم العملية وأستيعابها العميق لجميع الخطوات التي قام عليها التدخل السيكولوجي منذ أول لقاء لها مع الباحثة ولحد هذه الحصة ، لذلك طلبت من العميلة أن تصف معاناتها السابقة بالتفصيل وأن تصف التغيرات التي حصلت لها بإستعمال ما تعلمته من مفاهيم وأفكار وطرق عقلانية جد يدة في التعامل مع المشكلات . فقدمت العميلة وصفا تفصيليا لمعاناتها السابقة التي كانت نتيجة مباشرة لتفكيرها اللاعقلاني وغير المنطقي ونتيجة لتقييماتها السلبية لذاتها وللآخرين والعالم بشكل عام ونتيجة لتوقعاتها السلبية الخاطئة (توقع النتيجة والتوقع الفعال) سواء بالنسبة لنفسها أو للآخرين أو للوقائع الخارجية .

كما وضحت أن إدراكها للوقائع الخارجية كان إدراكا مغلوطا لا يقوم على أي منطق بل هو إنعكاس لمعتقداتها السلبية . وبينت أيضا أن الصداع التوتري الذي تعاني منه بشدة كان يخفي وراءه قلقا حادا وعندما تخلصت من القلق ، تخلصت من ألم الصداع وأضافت بأنها تمتلك الآن مهارات تمكنها من التحكم في القلق وفي مواجهة عوامل الضغط المختلفة الأخرى ، فهي واثقة بقدرتها وإمكانياتها على الحياة السعيدة المريحة .

وهنا بدأت الباحثة بإستعراض وتحليل المسار الكامل للعلاج مؤكدة على دور العميلة الفعال وإرادتها القوية وقدرتها الذاتية في نجاح التدخل السيكولوجي .

وبغية إلقاء مزيد من الضوء على التغيرات التي حصلت على العميلة خصوصا بالنسة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع بهدف الوصول إلى التقييم الموضوعي لفعالية العلاج ، تم تقديم بطارية الإختبارات الخاصة بجميع الأعراض النفسية التي تناولها البحث حيث إنخفض مستوى القلق إلى الدرجة (57) التي تشير إلى مستوى عادي جدا كما إنخفضت درجة الإكتئاب إلى الدرجة (1) التي تشير إلى إنعدام الإكتئاب كليا . كما ظهر التحسن أيضا على مستوى تقدير الذات وفعالية الذات حيث يشير مقياس روزنبرج إلى تقدير حسن جدا للذات بلغ (32) درجة ويشير مقياس شيرير لفعالية الذات إلى قدرة كبيرة على التوقعات الفعالة بالنسبة للذات حيث إرتفعت درجة العميلة إلى (50) وهي مؤشر للفعالية الذاتية العالية [1] .

---

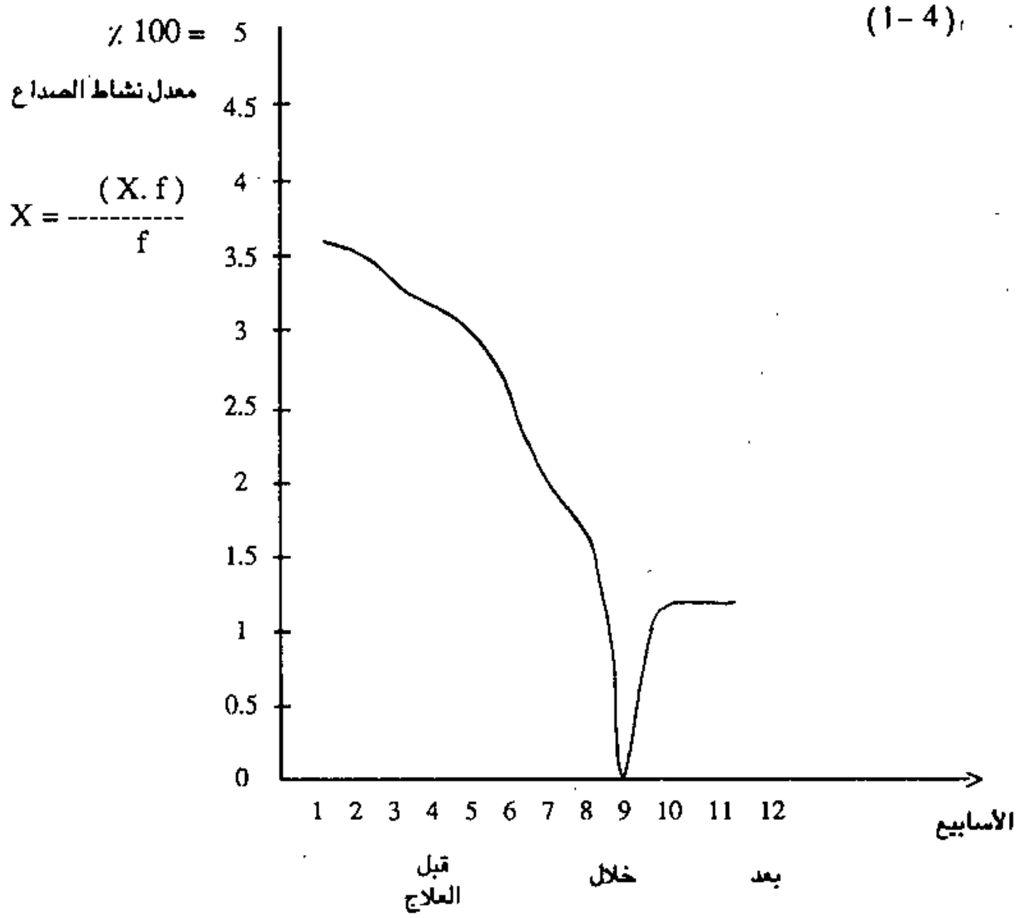
(1) : أنظر جدول رقم (4 – ب)

ولعل كل هذه النتائج تشير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي على جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع وتؤكد صحة الفرضية الثانية للبحث .

وفي نهاية الحصة تم إخبار العملية بإنتهاء البرنامج العلاجي وتم إعلامها بأن الباحثة على إستعداد لإستقبالها في وقت الحاجة [1] .

(1) : وتجدر الإشارة إلى أن الباحثة طلبت من العميلة مواصلة المراقبة الذاتية بجميع جوانبها وحددت لها موعدا بعد ثمانية أسابيع رغبة في التعرف على مدى ثبات العلاج وهي خطوة لا تدخل في البحث الحالي .

(4 – أ)



جدول (4 – ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	62	120	36	74	27	57
		سمة	58		38		30	
– +	مقياس بيك للإكتئاب		16		6		1	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		13		25		32	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		24		35		50	
– +	الأدوية (لاروكسيل)		2 / يوم		2 / يوم خلال أسبوع		0	

الشكل رقم (4) نتائج تقدير الصداع (4 أ) والأعراض النفسية (4 – ب) الخاصة بالحالة 1X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيانات الواردة في الشكل رقم (4) (4 أ) و (4 ب) التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له (التشخيص) التي إنطلق منها البرنامج العلاجي حيث تبين أن العملية كانت تعاني من نوبات صداع شديدة قدرت بـ 68 ٪ قبل العلاج [1] . وبعد إدخال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لمدة أربعة أسابيع (ست حصص علاجية) إنخفض مستوى نشاط الصداع إلى 46 ٪ ليصبح في نهاية العلاج (الحصة العلاجية العاشرة) 18 ٪ فقط . الأمر الذي يسمح بإستخراج مستوى التحسن العيادي الملحوظ والذي يقدر بـ 73.5 ٪ [2] .

وتؤكد هذه البيانات صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما توضح أن العملية كانت تتناول حبتين من دواء لاروكسيل في اليوم الواحد قبل تقديم البرنامج العلاجي وامتنعت عن تناول هذا الدواء في الحصة الثالثة من العلاج ، الأمر الذي يشير إلى أن التحسن الذي حصل لم يكن ناتجا عن تناول الدواء بل أنه نتج عن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي ، وهو يؤكد فعالية التدخلات السيكولوجية في التخفيف من الأمراض البدنية من جهة ويدعم الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض من جهة أخرى .

---

(1) : تم حساب النسبة المائوية للصداع إعتمادا على المعادلتين الآتيتين :

$$\text{معدل نشاط الصداع الأسبوعي} : \frac{\text{مجموع (الشدة × العدد)}}{28}$$

$$\text{النسبة المائوية} : 100 \times \frac{\text{معدل نشاط الصداع الخاص بالفترة المذكورة}}{5}$$

(2) : لحساب مستوى التحسن تم إستخدام المعادلة الآتية :

$$\text{النسبة المائوية} : 100 \times \frac{\text{(معدل نشاط الصداع قبل العلاج)} - \text{(معدل نشاط الصداع بعد العلاج)}}{\text{معدل نشاط الصداع قبل العلاج}}$$

أما بالنسبة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع والتي تم قياسها إستنادا إلى بطارية من الإختبارات ، فتوضح التقديرات الأولية الواردة في الجدول نفسه إلى أن العميلة كانت تعاني من القلق والإكتئاب ومن التقدير الواطىء للذات ومن الفعالية الذاتية السلبية . وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ظهرت تغيرات كبيرة وتحسن ملحوظ على جميع الجوانب المذكورة أعلاه حيث قدر مستوى التحسن بالنسبة للقلق بـ 52.5 ومستوى التحسن بالنسبة للإكتئاب بـ 93.9 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات بـ 70.3 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات بـ 59 ٪ ، وعموما قدر مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع بـ 68.9 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج المعرفي السلوكي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 3X : (علاج معرفي سلوكي)

(ب – ن) شاب يبلغ عمره (28) سنة ، غير متزوج يعيش مع والده الذي يشتغل بالتجارة ، الأم متوفية منذ أن كان الشاب مراهقا لا يتجاوز عمره (12) سنة ؛ متعلم وحاصل على شهادة جامعية ، مهنته مهندس وهو يعمل في إحدى الشركات العمومية للبناء .

لا يعاني من مشكلات صحية (بدنية أو نفسية) ولا يعاني من أي إضطرابات في النوم أو التغذية أو الإخراج .

يتمتع جميع أفراد أسرته بصحة جسمية ونفسية جيدة على العموم .

تعرف على عدد من الفتيات وعقد معهن علاقات كانت معظمها سطحية ومؤقتة بإستثناء علاقة واحدة كانت تقوم على عاطفة عميقة دامت خمس سنوات ، إنقطعت هذه العلاقة بعد أن إتخذ العميل قرارا بترك هذه الفتاة نتيجة لشعوره بأنها تستحق رجلا أفضل منه يستطيع أن يحقق لها مستقبلا سعيدا ، حيث يصف العميل هذا الأمر بقوله :

" تركتها وأنا أحبها لأني لم أكن رجلا بالمستوى المطلوب ، فهي بحاجة إلى رجل أحسن مني يمكنه أن يحقق لها السعادة ، وأنا متوتر دوما ، وغالبا ما كنت أجرحها بالكلام وأتعمد ذلك لتتركني " .

يعاني العميل من الصداع التوتري منذ أربع سنوات ، ويقول أن بداية هذا المرض كانت في سنة جيدة في كل المجالات حيث أنها سنة الحصول على العمل ، وهي السنة التي إستطاع فيها أن يشتري قطعة أرض ليشيد عليها دار المستقبل .

يشعر العميل بأن مهمته في الحياة كبيرة وثقيلة ، فهو يركز كل طاقته في حماية التوازن الأسري بين زوجة الأب وإخوانه ، وغالبا ما ينتابه القلق والتوتر والخوف من المشاكل الأسرية أو من تصدع الأسرة إذا ما ترك اخوته لوحدهم مع زوجة الأب ، إذ قد لا يحسن أخوته التصرف مع زوجة أبيهم فتتصدع الأسرة .

يشعر العميل بأن الصداع قد منعه من القيام بدوره في المحافظة على هذا التوازن الأسري (" خانتني صحتي ") .

إنطلق التدخل السيكولوجي من شكوى العميل ، من معاناته التي تحدث عنها طويلا خلال المقابلة الأولى ، التي تم فيها التعارف بين العميل والباحثة كما تم فيها بناء العلاقة الودية القائمة على الثقة والألفة والصراحة بين العميل والباحثة ، حيث تشكل مثل هذه العلاقة أحد الشروط الأساسية لأي علاج نفسي . وحصلت الباحثة على بعض المعلومات الشخصية عن العميل أثناء هذه المقابلة . وخصصت المقابلة الثانية التي تمت بعد أسبوع للحصول على المعلومات الدقيقة عن العميل وعن حياته الأسرية والمهنية والإجتماعية بالإضافة إلى تدعيم العلاقة بالعميل وتعزيزها ومن ثم توضيح الخطة العلاجية المعرفية السلوكية التي سيتم تطبيقها في الحصص (المقابلات) القادمة .

وقد قدمت الباحثة شرحا دقيقا ومفصلا للبرنامج العلاجي الذي يقوم على ثلاث ستراتيجيات أساسية ، هي المراقبة الذاتية والإسترخاء وإعادة البناء المعرفي . وبعد الحصول على موافقة العميل بدأت الباحثة بشرح الخطوة الأولية التي يجب أن ينطلق منها البرنامج العلاجي والتي تتطلب الحصول على التقديرات الأولية (Base lines) لنشاط الصداع ، عدد النوبات وشدتها والمواقف التي تظهر فيها أو تستثيرها والأفكار التي تسبقها ، ووضحت للعميل دور المراقبة الذاتية في الحصول على هذه التقديرات وكيفية التسجيل الصوتي أو الكتابي للمعلومات المطلوبة .

وانتقلت الباحثة بعد ذلك إلى تقديم بطارية المقاييس النفسية للتعرف على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع لإستكمال التقديرات الأولية . وفي النهاية ، طلبت من العميل الإحتفاظ بتسجيلات دقيقة لمدة أربعة أسابيع . وحددت له موعد الحصة القادمة بعد مرور هذه الأسابيع الأربعة .

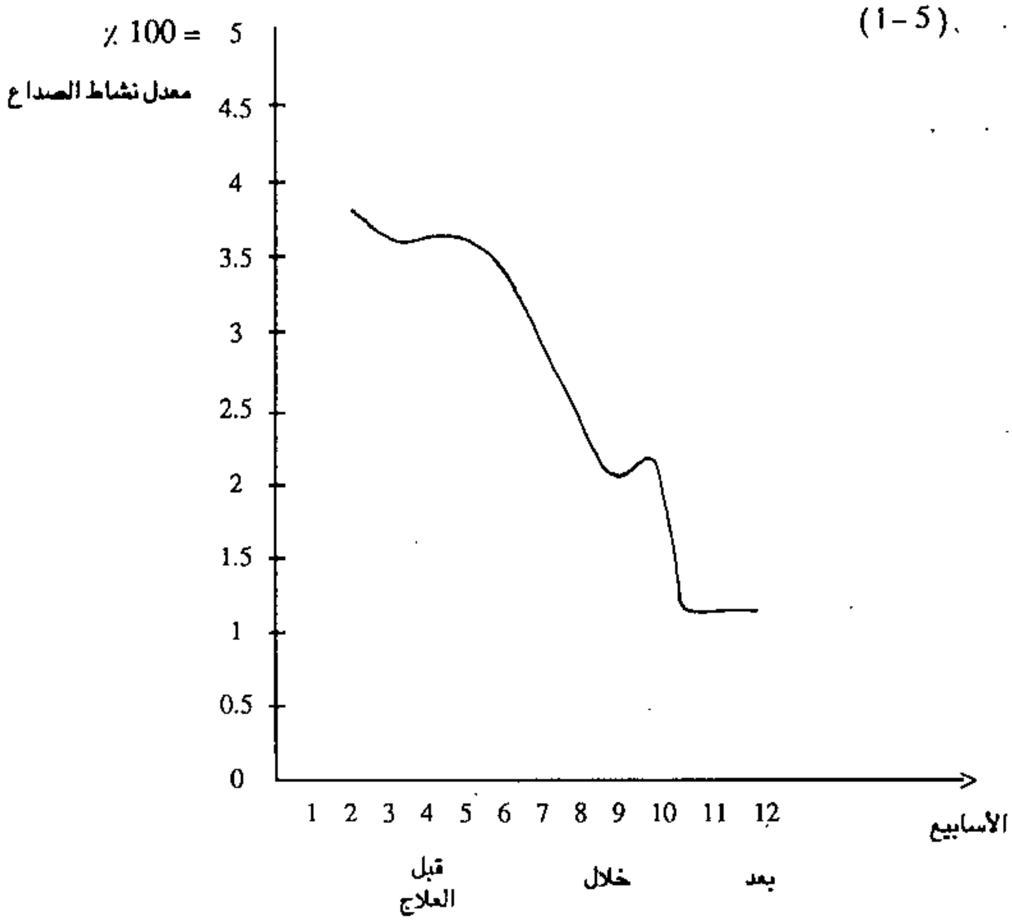
بدأ تنفيذ البرنامج العلاجي من المقابلة الثالثة واستغرق عشرة حصص علاجية دامت ثمانية أسابيع .

وتجدر الإشارة إلى أن عملية التقدير كانت مصاحبة دوما لعملية العلاج في كل حصة من الحصص العلاجية ، بصورة دورية ومنتظمة إستندت إلى تقنية المراقبة الذاتية في الأساس ، فالعلاج والتقدير عمليتان متداخلتان ، متكاملتان في العلاج المعرفي السلوكي لا يمكن فصل إحداهما عن الأخرى . كما إستندت إلى الحوار والنقاش العقلاني الذي كان يجري أثناء الحصص العلاجية ، بالإضافة إلى تطبيق بطارية المقاييس أثناء العلاج (في الحصة السادسة ، أي بعد أربعة أسابيع من العلاج) وبعد إنتهاء العلاج (أي في الحصة العاشرة) .

وقد قاد الرنامج العلاجي إلى إحداث تغييرات إيجابية كبيرة وعميقة على جميع المستويات (مستوى نشاط الصداع وشدته والجوانب المعرفية والسلوكية والإجتماعية العلائقية وتقدير الذات وفعالية الذات) . علما أن هذه التغيرات كانت سريعة و قد يعود ذلك إلى إلتزام العميل التام والدقيق بالتعليمات التي قدمت له ، وإلى مرونة تفكيره وقناعته الكبيرة بالبرنامج العلاجي التي نتجت عن الفهم العميق للستراتيجيات والتقنيات الواردة فيه ، الأمر الذي قاد إلى تكيف العميل مع المفاهيم العلاجية وجعله يوظف التقنيات المتعلمة ليس للتحكم في قلقه فقط بل في مواجهة جميع مواقف الضغط التي يتعرض لها في حياته اليومية . وقد إنعكس أثر هذه التغيرات الإيجابية على نظرة العميل لنفسه وللمحيطين به وللعالم وللمستقبل حيث تحول من إنسان ذو نمط سلبي ولا عقلاني من التفكير ومتسلط إلى إنسان إيجابي التفكير ، عقلاني متفتح في علاقاته التي أصبحت تقوم على الود والإنسجام والتفاهم بدلا من التسلط . وأصبح يمتلك نظرة تفاؤلية للمستقبل . كما أصبح يمارس النشاطات الرياضية والنزهات بعد أن كان حبيسا في دائرة ضيقة مغلقة من القلق والصداع .

والشكل رقم (5) يوضح جميع هذه التغيرات الإيجابية .

(أ - 5)



جدول (5 – ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– / +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	61	130	30	73	28	57
		سمة	69		43		29	
– / +	مقياس بيك للإكتئاب		12		5		2	
+ / –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		14		23		31	
+ / –	مقياس شيرير لفعالية الذات		30		42		54	
– / +	الأدوية (لاروكسيل)		1 / يوم		1 / يوم خلال أسبوعين		0	

الشكل رقم (5) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 3X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيـانات الواردة في الشكل رقم (5) ، التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له (التشخيص) والتي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث تبين أن العميل كان يعاني من نوبات صداع شديدة ومتكررة قدرت بـ 77 ٪ قبل العلاج وانخفضت بعد إدخال برنامج العلاج المعرفي السلوكي لمدة أربعة أسابيع (ستة حصص علاجية) لتصبح بمقدار 54.4 ٪ وأستمر هذا الإنخفاض إلى نهاية العلاج حيث أصبح نشاط الصداع يقدر بـ 27.6 ٪ فقط .

ولعل هذه النتائج تؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما توضح أن العميل كان يتناول حبة من دواء لاروكسيل في اليوم الواحد وأمتنع عن تناول هذا الدواء منذ الحصة الخامسة من العلاج ، الأمر الذي يؤكد أن التحسن الذي حصل لم يكن ناتجا عن تناول الدواء بل أنه يرتبط مباشرة بالتدخلات السيكولوجية .

ويوضح الجدول رقم (5 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع التي تم قياسها إستنادا إلى بطارية من المقاييس ، أن العميل كان يعاني من قلق شديد ومن إكتئاب ومن التقدير المواطيء للذات ومن الفعالية الذاتية المنخفضة ، قبل العلاج . وتحسن العميل في كل هذه المجالات بعد تعرضه للعلاج حيث حيث كان مستوى تحسنه يقدر بالنسبة للقلق بـ 56.1 ٪ وبالنسبة للإكتئاب بـ 83.3 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات بـ 68 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات بـ 63.1 ٪ ، وعموما قدر مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع بـ 67.6 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث التي ورد فيها أن للعلاج السلوكي المعرفي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 5X : (علاج معرفي سلوكي)

(ب – ع) شاب يبلغ عمره (28) سنة ، غير متزوج يسكن مع أسرته في الجزائر العاصمة يحتل الرتبة الثالثة بين ثمانية اخوة نصفهم من الذكور ونصفهم الآخر من الإناث ، وهو الذكر الأول . تابع دراسته حتى السنة الأولى ثانوي ثم توقف عن الدراسة إثر تعرضه لحادث مرور ودخوله المستشفى . إلتحق بعدها بمعهد للتكوين المهني في الإتصالات السلكية ثم دخل ميدان العمل مباشرة كتقني في أحد المراكز البريدية . أعفي من الخدمة العسكرية نظرا لأنه المسؤول الوحيد عن الأسرة . توفي والده نتيجة الإصابة بمرض قلبي . يتمتع باقي أفراد الأسرة بصحة جسمية ونفسية جيدة على العموم ، لا يعاني العميل من مشكلات صحية كبيرة ولا من أي إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج (ترتبط هذه الإضطرابات بالصداع) .

علاقته الإجتماعية جيدة على العموم مع أفراد الأسرة ومع الأصدقاء ومع زملاء العمل . حياته الجنسية عادية .

بدأ العميل يعاني من الصداع التوتري منذ سنتين بصورة مفاجئة وصاحب ذلك إحساس عميق بالتوتر والقلق والغضب ، وأصبح لا يعرف طعما للراحة ويتعرض لنوبات مؤلمة جدا من الصداع لا يستطيع تحملها ويكاد يفقد الأمل بالشفاء ويبحث دوما عن وسيلة تمكنه من تحمل الألم أو تساعده على التخفيف من شدته ، علما بأنه تناول أنواعا عديدة من الأدوية دون أن تجدي نفعا . وقد تم التعرف على هذه المعاناة التي شكلت الشكوى الأساسية للعميل خلال المقابلة الأولى التي خصصت أساسا لهذا الغرض ، كما تم الحصول هنا أيضا على بعض المعلومات الشخصية الأسرية والإجتماعية فضلا عن بناء جسور الثقة والألفة بين العميل والباحثة ، وخصصت الحصة الثانية كما هو الحال بالنسبة لجميع أفراد عينة البحث ، لتحقيق الأهداف الآتية :

1 – تدعيم العلاقة الودية التي تقوم على الثقة والصراحة والألفة بين العميل والباحثة .

2 – الحصول على بعض المعلومات الدقيقة والمحددة عن حياة العميل الشخصية وعن طريقة تفكيره وعن نظرته إلى الأمور وعن منظوره لنفسه وللآخرين وللعالم والمستقبل .

3 – التعريف بالبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وبالستراتيجيات والتقنيات التي يقوم عليها والإفتراضات التي يستند إليها .

4 – تقديم الشروح التفصيلية عن تقنية المراقبة الذاتية ودورها وأهميتها في البرنامج العلاجي وكيفية القيام بها أو تنفيذها ، والمعلومات المطلوب تسجيلها .

5 – تقديم الشروح التفصيلية الدقيقة لستراتيجية البناء المعرفي وخطواتها الأساسية .

6 – تقديم بطارية المقاييس للتعرف على الخطوط القاعدية (التقديرات الأولية) المتعلقة بالأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

وبعد الحصول على موافقة العميل على هذا البرنامج العلاجي ، طلبت الباحثة منه أن يقوم بتطبيق تقنية المراقبة الذاتية لمدة أربعة أسابيع ليقدم في نهايتها بيانات تفصيلية عن عدد نوبات الصداع وعن شدتها وعن العوامل التي تثيرها وعن الأفكار التي تسبقها ، وحددت له موعدا لبدء تنفيذ البرنامج العلاجي بعد هذه الأسابيع الأربعة .

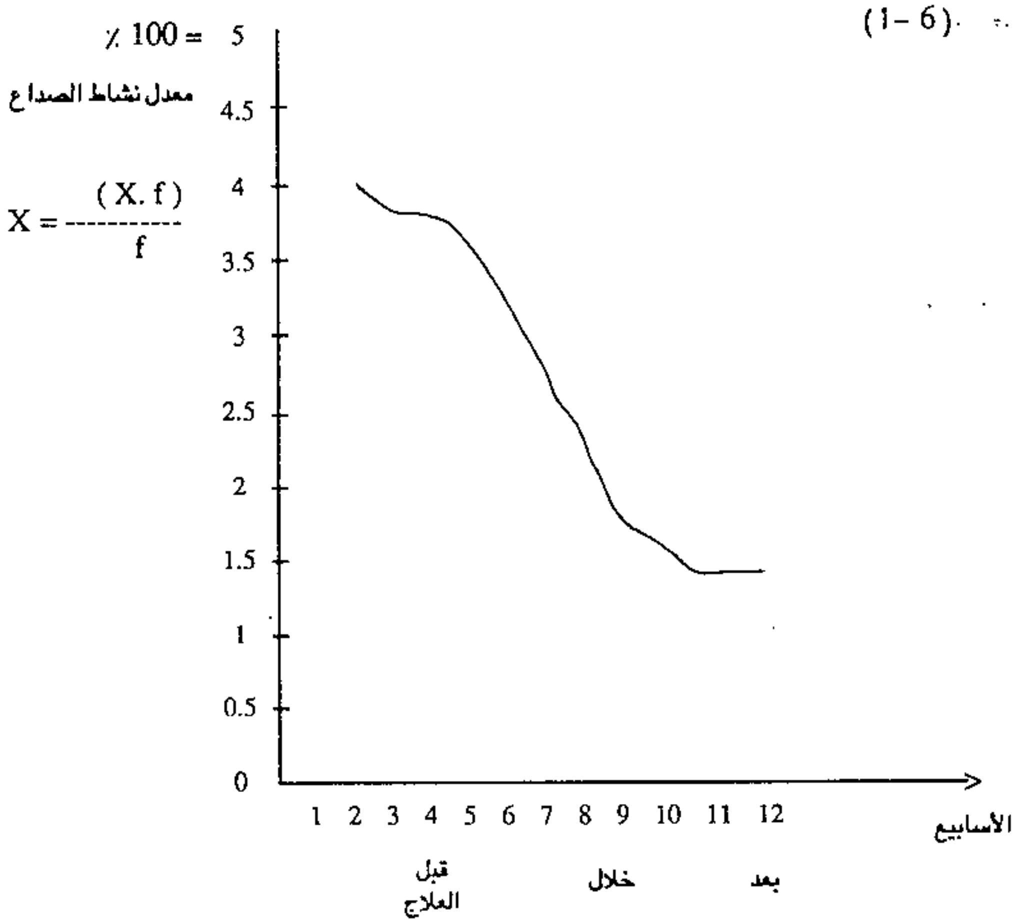
وبدأ التطبيق الفعلي المباشر للعلاج من المقابلة الثالثة التي كونت الحصة العلاجية الأولى من عشرة حصص دامت ثمانية أسابيع ، وكانت عملية التقدير فيها تتم بصورة دورية ومنتظمة خارج الحصص العلاجية ، من خلال المراقبة الذاتية التي شكلت تقنية تقديرية وعلاجية وتقويمية في آن واحد ، وأثناء الحصة العلاجية من خلال الحوار العقلاني والمناقشة التي تقوم على المنطق السليم المعقول ، ومن خلال تطبيق بطارية المقاييس أثناء العلاج – في الحصة العلاجية السادسة أي بعد مرور أربعة أسابيع على بدء العلاج – وفي نهاية العلاج أي خلال الحصة العاشرة .

وتشير المعلومات الأولية أن مشكلة العميل قد بدأت عندما علم بأن والده يعاني من مرض قلبي خطير ، حيث شكل له ذلك تهديدا مباشرا آثار مخاوف شتى أهمها تحمل مسؤولية أسرة كبيرة تتكون من (11) فردا حيث أنه الذكر الأول في الأسرة بعد وفاة والده . وعمل هذا التهديد على تدعيم التقدير الواطىء للذات وعلى تعزيز التوقعات السلبية للفعالية الذاتية بالإضافة إلى القلق الشديد الذي نجم عنه . وقد إزدادت هذه الضغوط وتعمقت بعد وفاة والده حيث أصبح هو المسؤول عن إدارة شؤون الأسرة المادية والتربوية والإجتماعية ، الأمر الذي قاد إلى زيادة القلق وتعميق التقدير الواطىء للذات والتوقعات السلبية ، حيث يقول العميل " لا أمتلك إلا ساعة واحدة فقط خلال الأسبوع بأكمله لألتقي بالمرأة التي أنا على علاقة بها " .

وسمح البرنامج المعرفي السلوكي باحداث تغيرات ملموسة إيجابية في نظرة العميل إلى نفسه وإلى المستقبل وإلى المواقف الحياتية وأصبح قادرا على التحكم في القلق بعد أن تعلم التقنيات الخاصة بذلك وتمكن منها ، الأمر الذي قاد إلى تقليص نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدتها دون تعاطي أي نوع من الدواء حيث إنقطع العميل عن تناول الأدوية كليا . ولعل ذلك يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما سمح البرنامج العلاجي (المعرفي السلوكي) بالتخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع كالإكتئاب والتقدير الواطىء للذات والتوقعات السلبية ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الثانية من البحث والتي مفادها أن للعلاج المعرفي السلوكي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

ولعل البيانات الواردة في الشكل رقم (6) تقدم صورة أكثر وضوحا للتحسن الذي حصل على جميع المستويات والجوانب المدروسة .

(1- 6)



جدول (6 – ب)

الإتجاه	المقياس \ مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	72	138	35	77	26	56
		سمة	66		42		30	
– +	مقياس بيك للإكتئاب		9		4		1	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		16		24		31	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		34		42		58	
– +	الأدوية		(لاروكسيل) 2 / يوم		(لاروكسيل) 1 / يوم		0	

الشكل رقم (6) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 5X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيانات الواردة في الشكل رقم (6) ، التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية (الخطوط القاعدية) والتي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث تبين أن العميل كان يعاني من نوبات صداع شديدة ومتكررة قدرت بـ 76 ٪ قبل العلاج وانخفضت بعد إدخال العلاج السلوكي المعرفي لمدة أربعة أسابيع (ست حصص علاجية) حيث قدرت بـ 50 ٪ لتصبح في نهاية العلاج تقدر بـ 29 ٪ ، حيث يستنتج من هذا تحسن عيادي للصداع بمقدار 61.8 ٪ .

ولعل هذه النتائج تؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما توضح أن العميل كان بتناول حبتين من دواء لاروكسيل في اليوم الواحد قبل العلاج لينقطع تماما عن تناوله بعد أربعة أسابيع من العلاج ، الأمر الذي يؤكد أن التحسن الذي حصل يرجع إلى التدخلات السيكولوجية .

كما يوضح الجدول رقم (6 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع التي تم قياسها ، إن العميل كان يعاني من قلق شديد واكتئاب وكان تقديره لذاته واطئا وفعاليته الذاتية متوسطة قبل تعرضه للعلاج . وتحسن العميل بصفة واضحة في كل هذه المجالات بعد إستفادته من العلاج السلوكي المعرفي حيث أن مستوى تحسنه بالنسبة للقلق أصبح يقدر بـ 59.4 ٪ وبالنسبة للإكتئاب يقدر بـ 8.8 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات يقدر بـ 62.5 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات يقدر بـ 70.5 ٪ ، وعموما قدر مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع التي تم قياسها بـ 70.3 ٪ .

وهكذا تتحقق الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج السلوكي المعرفي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 7X : (علاج معرفي سلوكي)

(ش – ح) فتاة يبلغ عمرها (34) سنة ، غير متزوجة ، متعلمة ، حاصلة على شهادة التعليم الإبتدائي . إنقطعت عن الدراسة تحت تأثير رغبة الأهل . لها تسعة إخوة خمسة من الذكور وأربعة من الإناث ، وهي تحتل المرتبة الأولى ، فهي البكر ، تعلمت الخياطة والتفصيل والطرز والنسج بعد أن تركت المدرسة . لا تعاني العميلة من أية مشكلات صحية جسمية أو نفسية كما لا تعاني من أية مشكلات صحية جسمية أو نفسية كما لا تعاني من أي إضطرابات تخص التغذية أو النوم أو الإخراج ، وعادتها الشهرية منتظمة . تعاني الأسرة من أمراض بدنية وإضطرابات سلوكية عديدة حيث يعاني الأب من العجز الكلوي وتعاني الأم من إرتفاع ضغط الدم ويمارس بعض إخوتها العديد من السلوكات الشاذة والمنحرفة حيث سبق لإثنين منهم الدخول إلى السجن .

تعاني العميلة من نوبات الصداع التوتري المزمن منذ سنتين وهي تؤكد أن مرضها نتج عن الإرهاق والعمل الكثير خلال تحضير جهاز أختها وخلال صنع المأكولات والحلويات حيث تقول العميلة : " أصبحت شديدة الإنزعاج من أجل التعب الذي عانيته في فترة زواج أختي ومنذ ذلك الوقت وأنا دوما متوترة لا أعرف الراحة مطلقا " .

بدأ التدخل السيكولوجي من المقابلة الأولى التي تم فيها التعرف على شكوى العميلة الأساسية بالإضافة إلى التعرف على بعض المعلومات الشخصية والأسرية . وقد حرصت الباحثة خلال هذه المقابلة على توفير الجو الذي يساعد على كسب ثقة العميلة وإقامة علاقة ودية معها . وفي المقابلة الثانية تم الحصول على معلومات أكثر دقة عن معاناة العميلة وعن حياتها الأسرية وعن علاقاتها الإجتماعية ، فضلا عن التعرف على طريقة تفكير العميلة وتقييماتها وللآخرين ونظرتها للمستقبل .

كما حرصت الباحثة على تدعيم العلاقة الودية بالعميلة ووضحت لها الخطة العلاجية المعرفية السلوكية التي سيتم تطبيقها بالتعاون معها في الأساس . وهنا شرعت الباحثة في تقديم الشرح الدقيق المفصل للبرنامج العلاجي الذي يقوم على المراقبة الذاتية والإسترخاء وإعادة البناء المعرفي .

وبعد الحصول على موافقة العميلة بدأت الباحثة بتوضيح الخطوة الأولى التي ينطلق منها البرنامج العلاجي والتي تقتضي معلومات تفصيلية حول نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدتها والمواقف التي تظهر فيها والأفكار التي تسبقها ، كما حاولت تقديم بعض الشروح حول دور الأفكار والمعتقدات في الإضطرابات النفسية وخصوصا القلق .

وثم بدأت بتوضيح دور المراقبة الذاتية وكيفية التسجيل الصوتي أو الكتابي للمعلومات المطلوبة . وقبل نهاية الحصة تم تقديم بطارية المقاييس النفسية للتعرف على الخطوط القاعدية للأعراض النفسية المصاحبة للصداع . وفي نهاية الحصة طلبت من العميلة أن تقوم بتسجيلات دقيقة لمدة أربعة أسابيع وحددت لها موعدا بعد إنقضاء هذه المدة .

إنطلق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي إستغرق عشر حصص علاجية دامت ثمانية أسابيع ، إعتمادا على المعلومات التي قدمتها العميلة من خلال تقنية المراقبة الذاتية ومن خلال الدرجات التي حصلت عليها العميلة على المقاييس المستخدمة .

وقد حرصت الباحثة على شرح ميكانزمات المرض شرحا مطولا ومبسطا ، ثم قدمت للعميلة تقنية الإسترخاء شارحة دورها الكبير في التحكم في القلق ثم عملت على تقديم بعض التمرينات في هذا الخصوص خلال الحصص العلاجية . كما أكدت من ناحية أخرى دور حصر الأفكار السلبية واللاعقلانية في التعرف على الأسباب الحقيقية للمعاناة وضرورة إستبدالها بأفكار إيجابية تقوم على المنطق السليم مع حث العميلة دوما على القيام بهذه العمليات عند مواجهة الضغوط الحياتية المختلفة ، حيث كانت العميلة تعتقد إعتقادا راسخا أن مشكلتها الأساسية هي عدم الزواج نظرا لزواج أختها الأصغر منها قبلها ، مما قادها إلى اليأس العميق وعزز عندها التقييمات السلبية حول الذات ودعم التوقعات السلبية أيضا بخصوص المستقبل ، لذلك إتسم منظور العميلة عن ذاتها وعن العالم وعن المستقبل بالتشاؤم وفقدان الأمل . علما بأن العميلة كانت ترى في الزواج المخرج الوحيد الذي يمكنها من العيش خارج إطار الأسرة التي يتصف أفرادها بكثير من السلوكات المنحرفة من جهة والذين يتعاملون معها بقساوة بالغة وبعدوانية صريحة حيث غالبا ما يستحوذون على مدخراتها المادية التي تحصل عليها من مهنة الخياطة والطرز .

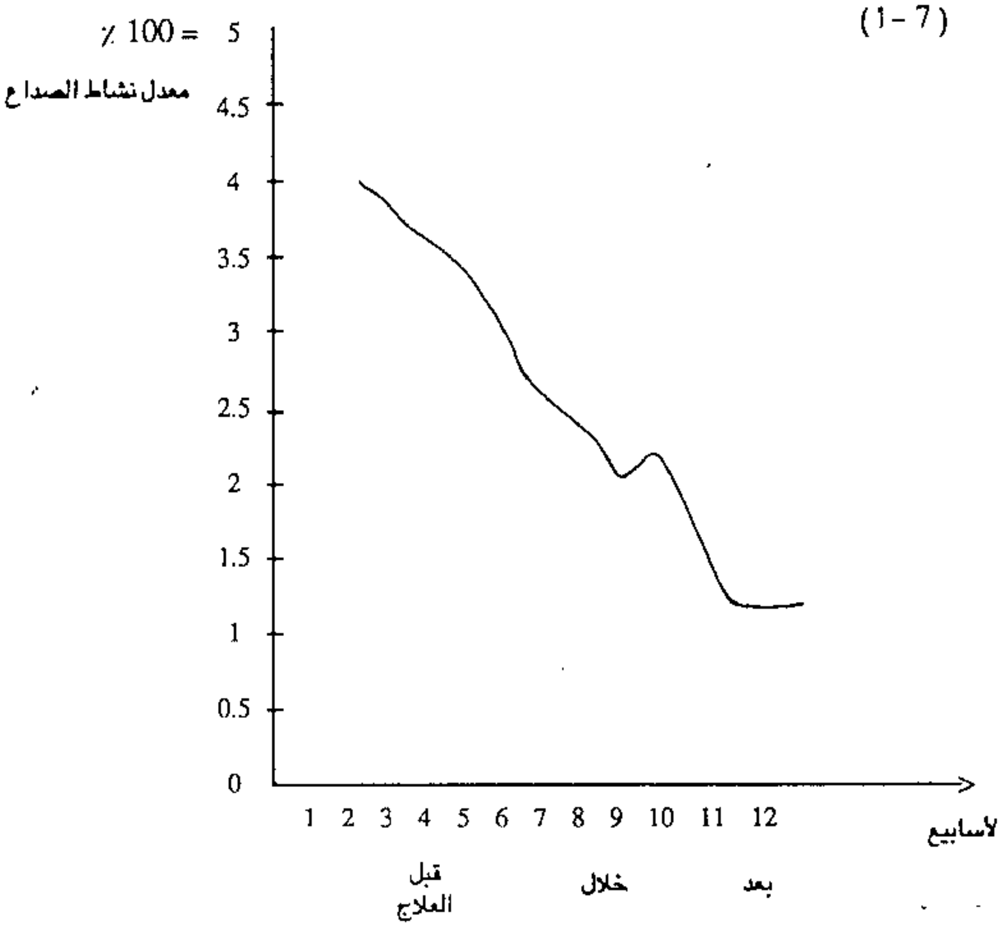
وقد أسهمت الستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية في تقليص نشاط الصداع بصورة ملحوظة من حيث عدد النوبات وشدتها ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى من البحث القائلة بأن العلاج النفسي للقلق ينعكس على الصداع ، ويدعمها . كما أسهمت هذه الستراتيجيات في القضاء على الإكتئاب ودعمت التقدير العالي للذات والفعالية الذاتية ، مما يشير إلى الآثار الإيجابية للعلاج السلوكي المعرفي على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

وقد أصبحت العميلة ، بعد التدخل العلاجي تمتلك القدرة على الضبط الذاتي وتستطيع التحكم في المواقف التي تسبب الضغط .

وتجدر الإشارة إلى أن العميلة قد أظهرت تعاونا فعالا في تنفيذ البرنامج العلاجي كماتميزت بالمثابرة والنشاط وسرعة التكيف مع متطلبات العلاج رغم ظروفها الأسرية السيئة حيث كانت إرادتها قوية وقناعتها بالشفاء عالية .

ولعل الشكل رقم (7) يوضح مستوى التحسن الذي حصل على جميع الجوانب المدروسة بالتفصيل .

(7 – أ)



جدول (7 – ب)

الإتجاه	مراحل القياس / المقياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	57	118	34	77	30	61
		سمة	61		43		31	
– +	مقياس بيك للإكتئاب		14		6		1	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		18		24		28	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		38		40		42	
– +	الأدوية		(لاروكسيل) 2 / يوم		(لاروكسيل) 1 / يوم		0	

الشكل رقم (7) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 7X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

تلاحظ في البيانات الواردة في الشكل رقم (7) ، التقديرات الأولية (الخطوط القاعدية) للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له والتي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث تبين أن العميلة كانت تعاني من صداع شديد ومتكرر قدر بـ 74 ٪ قبل العلاج وانخفض إلى 50 ٪ بعد مرور أربعة أسابيع من العلاج ليصبح بمقدار 29 ٪ عند نهاية العلاج ، وتسمح هذه التقديرات بإستنتاج مستوى تحسن عيادي للصداع يبلغ 60.8 ٪ . ولعل هذه النتائج تؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث التي تقول أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما توضح أن العملية كانت تتناول حبتين من دواء لاروكسيل في اليوم قبل تعرضها للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وأصبحت تتناول حبة في اليوم بعد بدء العلاج لتنقطع تماما عن تناولها للدواء بعد مرور أربعة أسابيع من العلاج (ست حصص علاجية).

ويوضح الجدول رقم (7 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية أن العميلة كانت تعاني من قلق شديد واكتئاب وتقدير واطىء للذات وكانت وفعالية ذاتها متوسطة ، قبل تعرضها للعلاج ، وتحسنت في جميع هذه المستويات حيث كان مستوى تحسنها بالنسبة للقلق يقدر بـ 48.3 ٪ وبالنسبة للإكتئاب يقدر بـ 92.8 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات يقدر بـ 45.4 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات يقدر بـ 13.3 ٪ ، و قدر التحسن العام للأعراض النفسية المصاحبة للصداع بـ 49.95 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث القائلة أن للعلاج السلوكي المعرفي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 9X : (علاج معرفي سلوكي)

(ع – ف) إمرأة عمرها (52) عاما ، متزوجة وأم لعشرة أبناء خمسة من الذكور وخمس إناث ، تزوجت في سن الثامنة عشر ، غير متعلمة ، تقع في المرتبة الثالثة بين ستة أخوة .

تتمتع بصحة جيدة حيث لم تصب بأي مرض من قبل ، ولا تعاني من إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج ، إنقطعت عادتها الشهرية قبل أربع سنوات . علاقتها الجنسية بزوجها تكاد أن تكون معدومة ، يتمتع جميع أفراد الأسرة بصحة جيدة على العموم ، علاقتها بزوجها وأولادها حسنة .

بدأت تعاني من الصداع التوتري منذ عشر سنوات ولا تعرف أسبابه ، ويقترن بدء ظهور الصداع بواقعة أليمة في حياة العميلة تمثلت في طرد إبنها من المدرسة بسبب الرسوب . وقد صرحت العميلة بأنها تعاني من قلق شديد على مستقبل أولادها حيث أنهم لم يتمكنوا من مواصلة دراستهم نتيجة لفشلهم جميعا في الحصول على شهادة البكالوريا كما أنهم لم يحصلوا على عمل بإستثناء واحد منهم فقط .

وبعد أن تم التعرف الدقيق على معاناة العميلة خلال المقابلة الأولى وبناء جسور الثقة والإطمئنان بينها وبين الباحثة خصصت المقابلة الثانية للحصول على بعض المعلومات التفصيلية عن حياة العميلة وعن ظروفها المعيشية وعن عالمها المعرفي الداخلي ومعتقداتها وأفكارها وتقييماتها وتوقعاتها ، وقد حاولت الباحثة أن تفسر للعميلة أهمية هذه المعتقدات في نشوء القلق ومن ثم ظهور الصداع وقدمت لها تفصيلات دقيقة عن البرنامج العلاجي الذي سيتم تطبيقه بالتعاون معها ، وبعد أن وافقت العميلة على البرنامج قدمت لها الباحثة التعليمات الخاصة بالتقنيات التي تستخدمها للحصول على المعلومات الدقيقة حول نشاط الصداع والأعراض النفسية المصاحبة له والمواقف التي تثيره والأفكار التي تسبقه . وطلبت منها أن تقوم بتسجيل كل ذلك على جهاز تسجيل صوتي لأنها أمية لا تعرف القراءة والكتابة .

مع التركيز على الإلتزام الدقيق بالتعليمات وتنفيذها بجميع خطواتها بدقة كبيرة ، على أن يتم ذلك لمدة أربعة أسابيع . وللحصول على مزيد من المعلومات حول الجوانب النفسية المرتبطة بالصداع طبقت الباحثة بطارية المقاييس بهدف توفير الخطوط القاعدية التي ينطلق منها البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي . وحددت للعميلة موعدا بعد نهاية الأسابيع الأربعة وأنطلق البرنامج العلاجي الذي إعتمد على المعلومات التي وفرتها جميع الستراتيجيات والتقنيات المذكورة أعلاه .

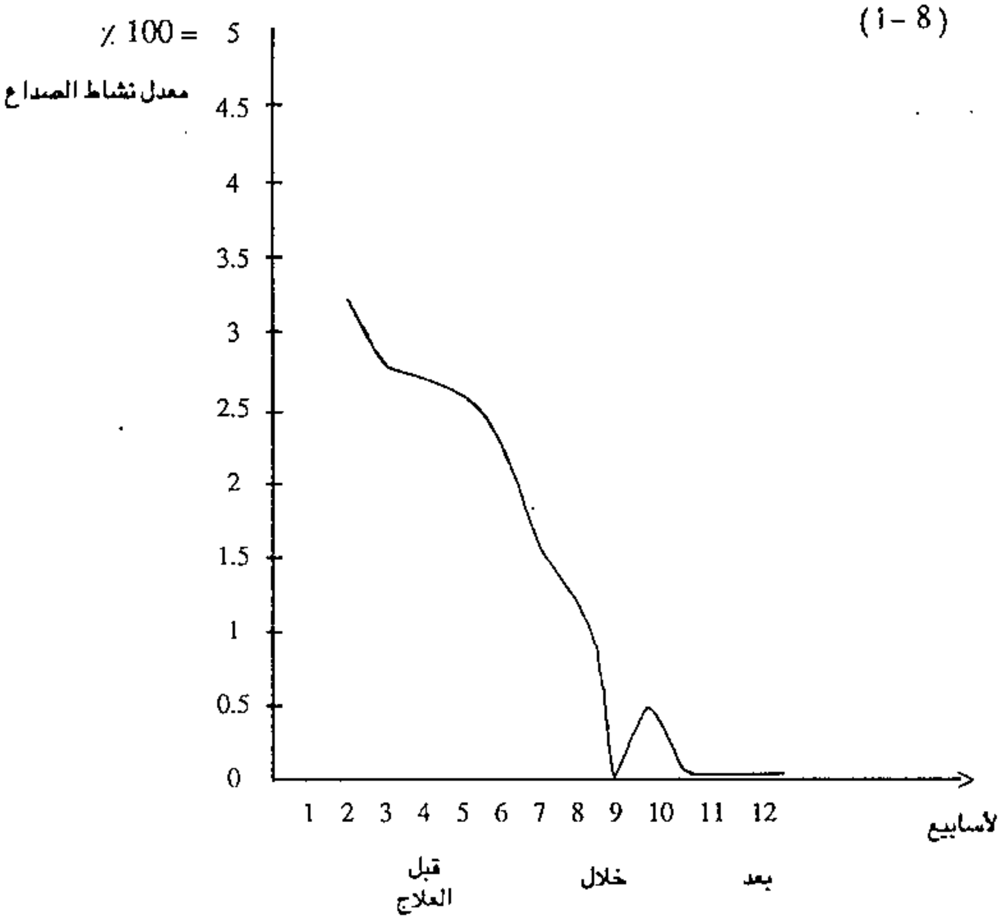
وتجدر الإشارة إلى أن العميلة قد شاركت بمشاركة فعالة وجدية في البرنامج العلاجي ، الأمر الذي سمح لها بالتعرف الدقيق على مشكلتها (معاناتها) ، فقد إتضح لها خلال الحصص العلاجية العشرة أن الخلل الأساسي يكمن في تفكيرها أي في معتقداتها حول فشل أولادها الدراسي الذي كانت تفكر أنها المسؤولة المباشرة عنه إذ أنها لم تحسن تربية أبنائها أو أنها فشلت في تربيتهم . وهكذا ساعدت ستراتيجية إعادة البناء المعرفي في تعرف العميلة على أفكارها الخاطئة وعلى معتقداتها اللاعقلانية وعلى تقييماتها السلبية لذاتها كما ساعدتها على التحكم في هذه الأفكار والمعتقدات بعد أن تبينت خطئها ولاعقلانيتها ، الأمر الذي مكنها من إمتلاك رؤية جديدة للوقائع المهمة في حياتها كما وفر لها الدراية العميقة والصحيحة بالذات حيث بدأت تعتقد أنها ليست المسؤولة عن الفشل الدراسي لأبنائها ، فهي قد أحسنت تربيتهم والدليل على ذلك أن أبنائها يتصفون بكثير من الخصائص السلوكية الجيدة . وهكذا تم إستبدال الأفكار الخاطئة بأفكار صحيحة وتم تعويض التقييمات السلبية بتقييمات إيجابية منطقية ، مما أسهم في تعديل تقدير الذات وفعالية الذات .

وقد ظهر التحسن على جميع المستويات بصورة سريعة ، ولعل ذلك يعود إلى مرونة التفكير التي تتصف بها العميلة وإلى عدم صلابة معتقداتها من جهة وإلى إلتزامها الدقيق بالتعليمات والخطوات المطلوبة في العلاج ، فضلا عن دورها المثابر والفعال من جهة أخرى .

وقد إكتسبت العميلة إطرا معرفية سلوكية جديدة للتحكم في القلق الأمر الذي إنعكس إيجابيا على نوبات الصداع وشدته كما إنعكس على جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع حيث تخلصت العميلة من الإكتئاب وأصبحت تمتلك تقديرا عاليا للذات ومستوى لابأس به من الفعالية الذاتية ولعل كل ذلك يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث القائلة بأن العلاج النفسي للقلق ينعكس على الصداع كما يؤكد صحة الفرضية الثانية للبحث حول الآثار الإيجابية للعلاج المعرفي السلوكي على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع ، علما بأن العملية قد إنقطعت عن تناول الأدوية الخاصة بالصداع منذ الحصص العلاجية الأولى ، الأمر الذي ينفي الفرضية البديلة التي يمكن أن تقول أن التحسن في الصداع كان نتيجة لتناول الدواء .

ولعل البيانات الواردة في الشكل رقم (8) تقدم صورة أكثر وضوحا لجميع التغيرات الإيجابية التي أحدثها العلاج المعرفي السلوكي على جميع المستويات ، مستوى الصداع نفسه وبمستوى الأعراض المصاحبة له .

(8 - أ)



جدول (8 - ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
- / +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	133	61	68	32	52	26
		سمة		72		36		26
- / +	مقياس بيك للإكتئاب		13		2		1	
+ / -	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		15		21		28	
+ / -	مقياس شيرير لفعالية الذات		35		47		49	
- / +	الأدوية		(لاروكسيل) 2 / يوم		0		0	

الشكل رقم (8) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 9X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

إن التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له والتي إنطلق منها البرنامج العلاجي موضحة في الشكل رقم (8) تبين أن العميلة كانت تعاني من صداع شديد قدر بـ 60 ٪ قبل العلاج وأنخفض بعد إدخال العلاج السلوكي المعرفي بصفة مستمرة حيث قدر بعد مرور أربعة أسابيع من العلاج بـ 25 ٪ ليصبح بمقدار 5 ٪ في نهاية العلاج ، ويقدر التحسن العيادي للصداع بـ 91.6 ٪ ، الأمر الذي يدعم صحة الفرضية الأولى للبحث التي تفيد أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما يوضح أن العميلة كانت تتناول حبتين من دواء لاروكسيل في اليوم الواحد قبل تعرضها للعلاج وانقطعت نهائيا عن تناول هذه الحبوب بعد بدء العلاج ، مما يؤكد أن النتائج المحصل عليها ناتجة عن التدخل السيكولوجي .

ويوضح الجدول رقم (8 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع أن العميلة كانت تعاني من القلق شديد وإكتئاب وكان وتقديرها لذاتها واطئا وفعاليتها الذاتية متوسطة كما يظهر تحسن العميلة على جميع هذه المستويات حيث كان التحسن بالنسبة للقلق يقدر بـ 60.9 ٪ وبالنسبة للإكتئاب يقدر بـ 92.3 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات يقدر بـ 52 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات يقدر بـ 42.4 ٪ ، أن التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية التي تم قياسها يقدر بـ 61.9 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث التي مفادها أن للعلاج السلوكي المعرفي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 11X : (علاج معرفي سلوكي)

(ب – ل) شاب يبلغ عمره (32) سنة ، غير متزوج ، يحتل المرتبة الثالثة بين سبعة أبناء أربعة من الذكور وثلاث إناث ، وهو الذكر البكر ، تابع دراسته حتى السنة النهائية من التعليم الإبتدائي ثم إلتحق بأحد مراكز التكوين المهني ليحصل على شهادة مساعد إداري . والده متزوج من إمرأة غير أمه ، حيث توفت الأم إثر إصابتها بورم في المخ عندما كان العميل في الثانية عشر من عمره . يعيش مع إخوته في منزل مستقل عن منزل والده وزوجته ، وأكمل متطلبات الخدمة الوطنية دون أي مشكلة ثم إلتحق للعمل في إحدى الوزارات . يتمتع جميع اخوته ووالده بصحة جسمية جيدة على العموم ، كما يتمتع العميل نفسه بصحة بدنية جيدة ولا يعاني من أي إضطرابات لا في التغذية ولا في النوم ولا في الإخراج .

يعاني العميل من الصداع التوتري المزمن منذ ثمان سنوات . كشفت المقابلتان الأوليتان أن العميل يتصف بصلابة التفكير ، وتدعمت هذه الملاحظة من خلال الحصص العلاجية حيث أظهر العميل مقاومة للتمرينات المحددة في البرنامج العلاجي ، كما إتضح أن العميل يعاني من قلق شديد قدر بـ (137) على مقياس سبيلبيرجر ، وقد إرتبط هذا القلق بتقدير واطيء للذات توضحه الدرجة التي حصل عليها العميل على مقياس روزنبرغ قبل العلاج ، (13) درجة التي تشير إلى الشعور بالفشل والعجز والتشاؤم الذي ظهر من خلال المراقبة الذاتية ومن خلال حديث العميل أثناء الحصص العلاجية حيث يقول :

" يحتقرني الآخرون ولا يأخذون برأي لأنني لم أحصل على مستوى تعليمي عالي "

كما يقول :

" لا توجد إمرأة يمكنها أن تتحملني فأنا صعب المعاشرة ، لذلك بقيت دون زواج ".

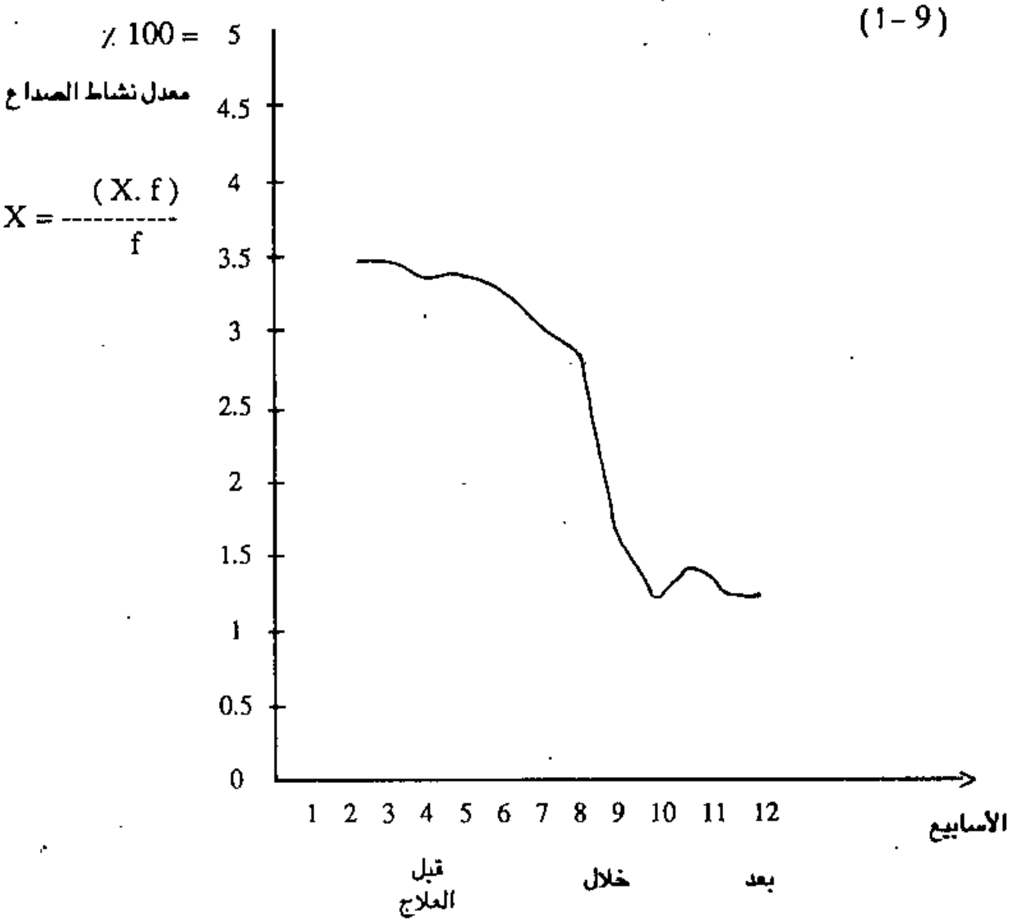
كما تؤكد هذه العبارات التوقعات السلبية حول فعالية الذات والتي ظهرت بوضوح من خلال الدرجة التي حصل عليها العميل على مقياس شبرير قبل العلاج (91) درجة .

وهكذا يتجلى الجانب المعرفي المعتل للعميل في جملة الإعتقادات الصلبة والصارمة وفي التقييمات والتوقعات السلبية التي تدور حول الفشل والإحتقار واليأس والتي تعبر عن الإتجاه السلبي نحو الذات والمحيط والمستقبل .

وقد ظهر التحسن تدريجيا وبطيئا في البداية نظرا لصلابة تفكير العميل وعمق معتقداته . وبعد العمل المكثف على مستوى التوقعات والتقييمات حتى يتخلص العميل من مشاعر الإحتقار واليأس والعجز التي تسيطر عليه ، تتطور حالة العميل تدريجيا إلى أن يصل في الحصة العلاجية الخامسة إلى تغير جذري وإيجابي واضح على مختلف المستويات ليتطور في الحصص العلاجية الموالية بسرعة كبيرة . وقد ظهر هذا التحسن من خلال الدرجات التي حصل عليها العميل على المقاييس حيث إنخفضت درجة القلق على مقياس سبيلبيرجر من الدرجة (173) إلى الدرجة (99) . كما إنخفضت درجة الإكتئاب من (16) إلى (4) لتدل على إنعدام الإكتئاب تقريبا كما أشار مقياس روزنبرج إلى تقدير حسن للذات وأشار مقياس شبيرير إلى تطور إيجابي في الفعالية الذاتية (التوقعات) ، والجدول رقم (9 – ب) يوضح ذلك .

وقد تحسنت حالة العميل في نهاية العلاج إلى درجة جعلته يعيش حياة طبيعية وتغير منظورة لنفسه وللآخرين وللعالم والمستقبل من الإتجاه السلبي إلى الإتجاه الإيجابي كما تغير نمط تفكيره المتصلب وأصبح أكثر مرونة في تعامله مع الآخرين وفي علاقاته معهم وتخلص من الجمود وضيق الأفق في التفكير والسلوك . ولعل كل ذلك يشير إلى أن العميل قد إكتسب تربية عقلانية صححت المعتقدات السابقة وغيرت الإتجاه السلبي لنظرة العميل المعرفية الخاصة بالذات وبالآخرين بفعل التغير الذي حصل على مستوى التقييمات والتوقعات والمعتقدات ، وأنعكس ذلك كله على نشاط الصداع الذي عرف إنخفاضا ملحوظا من حيث عدد النوبات ومن حيث شدة النوبات حيث أصبح العميل قادرا على التحكم في القلق نتيجة إكتسابه للأطر المعرفية السلوكية الجديدة في التعامل مع مواقف الضغط ولعل المعلومات الواردة في الشكل رقم (9) تلقي ضوءا ساطعا على التغيرات التي حصلت على العميل بعد تعرضه للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي بستراتيجياته الثلاث المراقبة الذاتية والإسترخاء وإعادة البناء المعرفي .

(1 – 9)



جدول (9 – ب)

الإتجاه	مراحل القياس / المقياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	68	137	42	99	28	57
		سمة	69		57		29	
– +	مقياس بيك للإكتئاب		16		4		2	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		13		21		28	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		22		35		46	
– +	الأدوية		0		0		0	

الشكل رقم (9) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 11X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيانات الواردة في الشكل رقم (9) الخطوط القاعدية للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له التي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث تبين أن العميل كان يعاني من صداع شديد بلغ 67 ٪ قبل العلاج وأنخفض بعد التدخل العلاجي ليبلغ 53 ٪ بعد مرور أربعة أسابيع من العلاج وأصبح يقدر بـ 25 ٪ في نهاية العلاج ، وعموما يقدر مستوى التحسن العيادي للصداع بـ 62.6 ٪ ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث القائلة أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما توضح البيانات أيضا أن هذه النتائج ترجع للتدخل السيكولوجي حيث أن العميل لم يتناول أي نوع من الدواء .

كما يظهر في الجدول رقم (9 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية أن العميل كان يعاني من قلق شديد ومن إكتئاب ومن تقدير واطىء للذات ومن توقعات سلبية للفعالية الذاتية . وتحسن العميل في جميع هذه المجالات حيث كان مستوى تحسنه بالنسبة للقلق يقدر بـ 58.3 ٪ وبالنسبة للإكتئاب يقدر بـ 87.5 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات يقدر بـ 55.5 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات يقدر بـ 52.1 ٪ ، وعموما بلغ مقدار التحسن العام لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع التي تم قياسها ، 63.3 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث التي مفادها أن للعلاج السلوكي المعرفي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 2X : (علاج بؤري)

الآنسة (ز – أ) فتاة يبلغ سنها (22) سنة ، مستواها التعليمي سنة ثالثة ثانوي ، تتعلم الخياطة في معهد للتكوين المهني ، ترتيبها في الأسرة الثانية ولها ثلاثة إخوة وأختين ، تعيش الأسرة في شقة تتكون من خمس غرف ، تتقاسم وأختها الأصغر منها (14 سنة) واحدة منها ، ليس للعميلة سوابق مرضية عضوية أو نفسية معروفة .

يعاني أبوها من مرض السكر وأصيبت أمها بعد وفاة والدها (جد العميلة) بإكتئاب وتم علاجها في إحدى مصالح الطب النفسي ، أما باقي أفراد الأسرة فهم يتمتعون بصحة جسمية ونفسية جيدة على العموم .

لا تعاني العملية من أي إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج ، وغير متعودة على تناول المنبهات (قهوى أو شاي . . .) ، وعادتها الشهرية عادية ، علاقتها بالأم سيئة جدا وهي كذلك مع الأخت الأصغر منها ، أما العلاقة بباقي أفراد الأسرة فهي جيدة على العموم وخصوصا مع الأب والأخوة الذكور .

لها عدد كبير من الصديقات والأصدقاء . عاشت علاقة عاطفية جنسية سيئة مع أحد الشباب عندما كان عمرها 20 سنة . تقضي أوقات فراغها في التجول وفي مشاهدة البرنامج التلفزيونية من حين لآخر .

تشكو من صداع شديد ومتكرر منذ سنتين وأجريت لها فحوص طبية عديدة وتناولت أدوية مضادة للصداع دون أية فائدة .

وقد وضحت العميلة بأن ظهور نوبات الصداع الشديدة والمتكررة بدأت في الشهور التي سبقت رسوبها في إمتحان البكالوريا و بالإرتباط مع نهاية علاقتها العاطفية ، كما بينت أن شدة الألم منعتها من العمل بنفس الجدية التي تعودت أن تعمل بها .

وبعد التعرف على العميلة وإقامة أواصر الألفة والثقة معها قدمت الباحثة المقاييس السيكولوجية خلال المقابلة الثانية للتعرف على الخطوط القاعدية للأعراض المصاحبة للصداع [1] ، كما عملت على تدعيم العلاقة مع العميلة ، إذ تعتبر مثل هذه العلاقة أحد الشروط الضرورية للعلاج التحليلي الذي تستند معظم خطواته عليها وتشير المعلومات الواردة في الجدول رقم (10 – ب) أن العميلة تعاني من قلق شديد بلغ على مقياس سبيلبرجر (132) درجة (علما أن الدرجات المرتفعة على المقياس تشير إلى وجود الإضطراب) كما تعاني من إكتئاب متوسط قدر بـ (12) درجة على مقياس بيك . أما بخصوص تقدير الذات وفعالية الذات ، فقد بينت التقديرات الأولية المعتمدة على درجات المقاييس (روزنبرج وشيرير) أن التشوه في هذين الجانبين ليس كبيرا لذلك فهو يحتاج إلى تدعيم فقط .

ثم إقترحت الباحثة تقنية المراقبة الذاتية التي تقوم على التسجيلات اليومية [2] لعدد نوبات الصداع وشدتها وفقا لجدول التوقيت الذي تم تحديده سلفا والأعراض المصاحبة لهذه النوبات والظروف المحيطية التي تستثيرها والأفكار التي تسبقها .

وبعد أن وافقت العميلة على القيام بهذه التسجيلات ، قدمت الباحثة خطة البرنامج العلاجي التي دعمتها بالشروح التفصيلية المطلوبة ، وقد حظيت الخطة بتقبل العميلة ، وتم تحديد الموعد القادم بعد أربعة أسابيع .

---

(1) : أنظر جدول رقم (10 – ب)

(2) : تم تقديم الشرح التفصيلي لهذه التقنية في القسم المنهجي من الرسالة .

العلاج :

الحصة الأولى :

أظهرت التسجيلات اليومية التي قدمتها العميلة من خلال تقنية المراقبة الذاتية أن هناك إنخفاضا تدريجيا في عدد نوبات الصداع خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، كما إتضح أن هناك إنخفاضا بسيطا في شدة الألم ، علما أن لم تستخدم أي دواء خلال هذه الفترة [1] .

ولعل هذا يشير إلى أن إستخدام تقنية المراقبة الذاتية (التي هي تقنية سلوكية معرفية) في العلاج البؤري المستوحى من التحليل النفسي ، بغرض التقدير ، قد أحدث تأثيرا إيجابيا على نشاط الصداع .

ونظرا للتوتر الشديد الذي ظهر على العميلة أثناء هذه الحصة طلبت منها الباحثة أن ترخي نفسها وتأخذ قسطا من الراحة ثم تتحدث عن ما حصل لها في الأسابيع الأربعة الأخيرة ، وعن كل ما يخطر ببالها بحرية تامة .

وقالت العميلة :

(ز – أ) : " أنا لا أتحمل قاعة الإنتظار ، يؤلمني مظهر هؤلاء الأشخاص ويطغى علي القلق " .

(ب) : " كيف ذلك ؟ " .

(ز – أ) : " أخاف أن أصبح مثلهم " .

وهنا تسأل الباحثة :

(ب) : " هل عندما يذهب المصاب بالزكام إلى الفحص الطبي ، ويجد في قاعة الإنتظار أشخاص مصابين بأنواع مختلفة من الأمراض ، قد يكون بعضها خطيرا جدا يخاف ؟ " .

---

(1) : أنظر إلى الرسم البياني رقم (10 – أ) .

(ز – أ) : " لا . . . خوفي يأتي من جهلي بالأمراض النفسية رغم الشرح الذي قدمته لي في المقابلة الأولى " .

وهنا شرعت الباحثة في الشرح التفصيلي لتدخل العوامل النفسية في كل الأمراض (النفسية والبدنية) وبعد أن هدأت العميلة طلبت منها الباحثة مواصلة الحديث ، فقالت :

(ز – أ) : " إنني سريعة التوتر ولقد أفادتني التسجيلات اليومية حيث راقبت نفسي وتعرفت أحسن على مشكلاتي " .

ويؤكد حديث العميلة خلال هذه الحصة أن تقنية المراقبة الذاتية كان لها تأثيرا إيجابيا أسهم في توعية العميلة بمعاناتها وسمح لها بالتعرف الدقيق على مشكلتها ، الأمر الذي يعزز فعالية هذه التقنية العلاجية في التخفيف من الصداع .

وبغية التعرف الأكثر دقة على مشكلة العملية طلبت الباحثة من العميلة أن تواصل الحديث عن مشكلتها أو عن معاناتها ، فقالت :

(ز – أ) : " إنني لا أتحمل بيتنا حيث تزعجني أمي ، كما يزعجني إخوتي كذلك ، فأصبحت أقلق لأتفه الأسباب ، ويكاد رأسي ينفجر من الألم ، ولا ينتهي هذا الألم إلا إذا خرجت من البيت لأتمشى في الهواء الطلق " .

وهكذا يظهر أن العملية في صراع دائم مع بعض أفراد أسرتها وخاصة مع أمها، كما أنها لا تتحمل الإحباطات ويمثل الخروج من البيت نوعا خاصا من الدفاعات هو التجنب " l'evitement " الذي يسمح للعميلة بالتغلب على قلقها .

وتضيف العميلة قائلة :

(ز – أ) : " كلهم يظلمونني " .

وهنا تسائل الباحثة :

(ب) : " كلهم ؟ " .

فتجيب العميلة :

(ز – أ) : " أعني بالأخص أمي " .

وللتعرف على محتوى الصراع الذي تعاني منه العميلة من جهة ، وعلى تصور العميلة لأمها من جهة أخرى ، تتدخل الباحثة على النحو الآتي :

(ب) : " كلميني عن أمك " .

فتقول العميلة :

(ز – أ) ها إنسانة ضعيفة ، لا تستطيع أن تفرض نفسها ، ولذلك فهي دوما تعطي الحق لإخوتي وبالتحديد لأختي الأصغر مني ، وهذا لأنها تعرف أنني أطيعها منذ صغري حيث كانت تكرر دوما : " أنت الكبيرة ، أنت العاقلة ، أنت تفهميني . . . " بينما كان أبي دوما يحميني ، غير أنه تغير ولا أحد يساندني الآن . . " .

(ب) : " كيف حدث هذا التغير على أبيك ولماذا " .

(ز – أ) : " خيبت أمله في الباكالوريا ، وهو كان دوما فخورا بنتائجي المدرسية ويشجعني في العمل ويكلمني عن أمنياته التي كانت طموحة بالنسبة لي ويردد دوما " أنت التي تشقين الطريق لإخوتك " ، كان يستشيرني ويأخذ رأي في كل الأمور الأسرية إذ أن أمي لا تحسن التصرف في البيت ، ولا أفهم لماذا أنجبت ستة أطفال " .

ثم تتنهد العميلة وتضيف :

(ز – أ) : " لا أريد الكلام عن هذه الأشياء ، إنها تزعجني كثيرا وترهقني ، لقد تعودت على ترك كل شيء بداخلي . . . " .

(ب) : " لسنا بحاجة إلى التسرع ، خذي راحتك ، إن أمامنا مشوارا طويلا وسوف تتحدثين كلما أحسست أنك قادرة على ذلك ، كما أنك ستعيدين الكلام عن نفس الأشياء مرارا حتى تتضح لك " .

وتواصل الباحثة تهدئة العميلة . ويتضح من خلال حديث العميلة أنها تحس بنوع من العجز " Detresse " فضلا عن الإحساس بالتخلي " abandon " كما يظهر أن العميلة تستعمل نوعا خاصا من الدفاع هو الكبت " repression " حيث يؤكد برجيري " Bergeret " عام 1986 ان الكبت ميكانيزم آني ، وشعوري إلى حد كبير لأنه يرتبط إرتباطا وثيقا بالعاطفة فيكبت الشعور ويحتفظ بالتصور المرتبط به .

وفي نهاية الحصة ، يطلب من العميلة مواصلة المراقبة الذاتية بكل أبعادها (التسجيلات اليومية) ويتم تحديد موعد الحصة القادمة بعد ثلاثة أيام .

عندما وصلت العميلة إلى الباب ، عادت لتقول :

(ز - أ) : " شكرا ، إنني أحس براحة وكأنني أنزعت ثقلا عن نفسي ، لقد أحسست مرارا بهذه الحاجة إلى الكلام لكنه من الصعب العثور على المستمع الصادق حيث أن كل إنسان يهتم بمشكلاته فقط ، إن الوحدة صعبة التحمل " .

ثم تضيف :

" أطلت الكلام ، إلى اللقاء ، ساكون في الموعد "

ولعل حديث العميلة هذا يشير بصورة واضحة إلى الإحساس العميق بالوحدة من ناحية ويشير إلى الإحساس بالراحة الذي نجم عن إهتمام الباحثة بمشكلة العميلة ودور هذا الإهتمام والإستماع في التخفيف من المعاناة .

الحصة الثانية :

يظهر من خلال التسجيلات اليومية التي قدمتها العميلة أن الصداع قد إنخفض قليلا ، ولعل هذا الإنخفاض يرجع إلى تقنية المراقبة الذاتية من جهة ، وإلى تحرر العميلة النسبي من الضغط الداخلي من خلال التعبير الحر ، إذ يؤكد هيلد عام 1977 أهمية " الحديث " في نجاح كل علاج مستوحى من التحليل النفسي حيث أن التعبير الحر عن المعاناة يقود إلى التخفيف من حدتها . وبما أن العميلة قد أولت إهتماما بالغا للحديث حيث بينت دوره في التخفيف من معاناتها (في الحصة الماضية) كما عبرت بوضوح عن إحساسها العميق بالوحدة ، لذلك ركزت الباحثة في هذه الحصة على موضوع الإحساس بالوحدة حيث قالت :

(ز - أ) : " نعم ، هذا بديهي ونشترك كلنا فيه " .

(ب) : " لكن متى نشأ عندك هذه الإحساس العميق بالوحدة .

(ز - أ) : " عندما علمت بنتائج البكالوريا رأيت زميلاتي يقفزن من الفرح ورغم أنهن لم يكن مهتمات بالدراسة طوال العام وأنا التي فضلت فقد حبيب قلبي حتى لا أخسر مستقبلي ولا تقدير أبي و فشلت في النهاية " .

وتتنهد مرة أخرى ، وهنا تسأل الباحثة :

(ب) : " عن ماذا تعبر هذه التنهدات " .

(ز - أ) : " خسرت كل شيء - حبيبي - لم يكن صادقا ولا وفيا الرجل دائما يحاول إشباع حاجاته بأي وسيلة ولا يأخذ بعين الإعتبار المشاعر . كانت أول مرة أحببت فيها ، لكن شبح الإمتحان كان دائما أمامي ، فشرحت له موقفي لكنه أناني رغم كل الخصائص الجيدة التي يمتلكها فضل خداعي ، إن الرجل دائما تطغى عليه غرائزه فخسرته وخسرت إمتحاني وخسرت تقدير أبي وخسرت إحترام أمي وإخوتي ، بعد أن خسرت صحتي حيث ترجع بداية مرضي إلى هذه الفترة بالذات ، وهذا ما إضطرني إلى إتخاذ القرار الأول كي أبذل كل ما تبقى لي من طاقة في الدراسة فقط . إنما عندما يخيبنا الحظ يخيبنا على طول الخط " .

(ب) : " تحددت مشكلتك الآن ، تمكنت من الإستبصار بها ، وضعت يدك على المشكل الأساسي " .

ثم تسأل : " ألا تعتقدي أن هناك ترابطا بين الوقائع التي حدثت لك ؟ " .

(ز - أ) : " لا . . . نعم . . . لا أعرف . . . إن الأشياء تختلط في ذهني أين السبب . . . أين السبب . . . آه . . . كنت في حاجة إلى أم ترشدني ولم أجدها . . . أمي ليست في المستوى لا معي ولا مع أبي . تزعجه وتشاجره رغم أنها تعرف أنه مصاب بمرض السكر وتقول له دائما أنه يضيعني بدلاله وأضاعتني بقساوتها . والآن إتفقوا على ظهري لكن هذا يريحني لأني لا أتحمل الشجار . كلما يتشاجران كلما أنفعل لدرجة الإرتعاش حتى أصبحت لا أطيق الوقوف ويؤلمني رأسي إلى حد البكاء . والوقت الذي مضيته في البيت دون دراسة عانيت فيه وكأنني أعيش في جهنم " .

(ب) : " هل كنت تتحملين البيت قبل ظهور مرضك " .

(ز – أ) : " قبل ظهور مرضي ، كنت فتاة سعيدة وسوء التفاهم مع أمي كان خفيفا لأن أبي كان دوما يعتني بي ويقف إلى جانبي لكن مشكلتي الغرامية أثرت في نفسي كثيرا وكنت دائما أضع صورة أبي في ذهني لتكون لدي الشجاعة الكافية وهذه الصورة لوحدها كانت ترجع السعادة إلى قلبي . إن أبي إنسان عظيم ، شارك في حرب التحرير الوطني وهو إطار دولة كما أنه يتميز بثقافة واسعة وبذكاء عالي غير أن الحظ لم يسعده في زواجه مع أمي حيث عائلته هي التي إختارتها له كما كان معمول به في ذلك الوقت . أمي تفوتها الأحداث دوما فلا تستطيع حتى تسيير أمور بيتها وتترك إخوتي يتصرفوا كما يحبون " .

وتواصل العميلة الحديث بالتركيز على نقائص أمها وظلمها لها . ولعل كل هذا الحديث يشير إلى البؤرة الصراعية للعميلة والتي تتحدد بعلاقتها مع أمها على وجه الخصوص ، إذ توضح العميلة بأنها لم تكشف عن مثل هذه المشاعر من قبل حيث كانت دوما تكبتها ، كما يشير من الناحية الأخرى أن الموضوع الجيد بالنسبة للعميلة هو الأب والموضوع السيء هو الأم .

وهكذا يتضح أن الأم الصداع هي ميكانزم تعبر عن طريقه العميلة عن طلب الإسناد الذي يشير إلى وجود القلق حيث يؤكد سزاسز " Szasz " عام 1977 أن طلب الإسناد هو صورة خاصة للقلق الأمر الذي يدعم الإرتباط الوثيق بين القلق والصداع .

وفي نهاية الحصة يطلب من العميلة مواصلة التسجيلات اليومية ويتم تحديد موعد الحصة القادمة بعد ثلاثة أيام .

الحصة الثالثة :

يستمر التحسن على مستوى نشاط الصداع حيث تظهر التسجيلات اليومية أن هناك إنخفاضا تدريجيا مستمرا في عدد نوبات الصداع وفي شدته ، كما يظهر تعبير واضح من خلال المظهر الخارجي للعميلة حيث حدث تغيير واضح في طريقة اللباس وتسريحة الشعر ، الأمر الذي يعتبر مؤشرا لرغبة العميلة في التشبه بالباحثة (التحويل الإيجابي[1]) ، وفي هذه الحصة توضح العميلة بأنها تنتظر الحصص العلاجية بفارغ الصبر ، مما يؤكد تقبلها للعلاج وإقتناعها بفائدته .

وبعد هذا تطلب الباحثة من العميلة أن تعبر عن معاناتها بالتركيز على المواقف المزعجة ، بغرض التعرف العميق على مشاعر " Affects " العميلة والتصورات " Representations " المرتبطة بها ، الأمرالذي يقود إلى الإستبصار العميق بالمشكلة وتوظيفها الذاتي ، " Fonctionnement " حيث أن التصور المثالي لوظيفة المشكلة يعتبر أساس المعاناة وهنا تقول العميلة :

(ز – أ) : " إن ما يزعجني هو دوما الظلم الذي يولد في الإحساس بالوحدة " .

(ب) : " هل سبق لك أن أحسست بهذا النوع من الإنزعاج قبل ظهور المرض " .

(ز – أ) : " يعني . . . كانت دائما تزعجني هذه المواقف لكن ليست بهذه الشدة ، تراكمت الوضعيات المظلمة في آن واحد هذه المرة . ولم يرافقني أبي لتحملها " .

(ب) : " ما هو إحساسك الآن " .

(ز – أ) : " هو أن أبي تخلى عني وصار يعاملني كالآخرين " .

(ب) : " يعني . . . " .

---

(1) : إن العلاج البؤري المستخدم في هذا البحث لا يتطرق إلى تحليل التحويل .

(ز – أ) : " إن أمي تشاركني في إهتماماتها فقط عند حاجتها لمساعدتي وعندئذ تتعامل معي بلطف وحنان بينما في الأوقات الأخرى تعاملني كأنني بنت صغيرة رغم أنها تؤكد دائما " أنت الكبيرة ، عليك أن تكوني متسامحة " ، أنا متسامحة أكثر من اللازم ، وحياتي كلها وأنا متسامحة ، منذ صغري وأنا هي الكبيرة ، لا أتذكر يوما كنت فيه صغيرة . فإذا كنت كبيرة حقا ، لماذا لا يتركوا لي حرية التصرف في شؤوني ؟ يجب علي أن أطلب منهم الإذن حتى عندما أرغب في الخروج من المنزل في غير أوقات الدراسة ، إنني أبلغ من العمر 22 سنة ولازلت أطلب الإذن منهم للخروج " .

ويتضح من خلال حديث العميلة ووصفها لصراعها مع أسرتها أن هذا الصراع هو المولد للقلق حيث يتسبب في الشعور بالإحباط وبالعجز ويظهر أن المحتوى الظاهر لهذه الصراع هو العلاقات الشخصية البينية مع الأسرة بينما المحتوى الكامن هو التناقض الوجداني بين الرغبة في التبعية وفي الإستقلالية في آن واحد ، مما يجعل العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأسرة تتسم بالسادومازوشية " Sado-masochistes " .

كما يشير حديث العميلة إلى صدمة العميلة بالواقع فيما يخص تصورها المثالي لأبيها ، فتقول :

(ز – أ) : " أبي خيب أملي ، لقد ضحيت بحبي من أجله بينما هو نزع ثقته مني " .

وتؤكد هذه العبارة أن العميلة تشعر بالإحباط الشديد وبالعجز العميق .

وفي نهاية الحصة يتم تحديد موعد الحصة القادمة بعد ثلاثة أيام ، مع التأكيد على مواصلة التسجيلات اليومية من خلال المراقبة الذاتية .

الحصة الرابعة :

تظهر التسجيلات اليومية التي قامت بها العميلة من خلال المراقبة الذاتية والتي قدمتها للباحثة ، أن هناك تحسنا واضحا على مستوى الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدة النوبات .

وبعد هذا أرادت الباحثة التعرف على المشاعر التي إرتبطت بظهور المرض وعملت على تضخيمه كي تمكن العميلة من الإستبصار العميق بالمشاعر التي سببت معاناتها فأجابت العميلة على النحو الآتي :

(ز - أ) : " إن أبي لم يفهم لماذا لا أريد إعادة السنة الدراسية بعد فشلي في الإمتحان ، وساند أمي عندما إعتبرت هذا الموقف نزوة - لم يبالي بما كنت أحس به - لم يحاول التخفيف من إحساسي بالفشل . لم يعلم بالثمن الذي دفعته من أجل إعجابه ، ولم أحقق النجاح في نهاية المطاف " .

(ب) : " وأبيك عوضا من أن يساندك أنت التي فضلتيه على موضوع حبك ، ساند أمك . . . ؟ " .

(ز - أ) : " أبي لم يبال بمعاناتي - ينتظر مني فقط النجاح - والباقي لا يهمه "

وهنا تتدخل الباحثة لتربط بين حديث العميلة هذا وما قالته في الحصة الثانية عن صديقها ، فتقول :

(ب) : " ان صديقك لا يهتم إلا بالعلاقات الجنسية " .

(ز - أ) : " الرجال أنانيون " .

وشكل محتوى حديث العميلة نقطة إنطلاق الحوار بغرض تحليل محتواه كي يتضح للعميلة الإختلاف بين الواقع الذي عاشته وبين رغباتها السابقة ، بكل أبعاده الشعورية حيث يمثل مبدأ الواقع صدمة ولدت القلق ، حيث يؤكد برجيرري عام 1986 أن مبدأ اللذة يهدف إلى تجنب المواقف غير المرغوبة ويرتبط بإنخفاض التوتر المتعلق بطاقة الشخص ، غير أن مبدأ اللذة يصطدم بمبدأ الواقع من خلال التجارب الحياتية (بيرجيري " Bergeret " 1986، ص 58) .

وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد ثلاثة أيام والتأكيد على مواصلة التسجيلات اليومية من خلال المراقبة الذاتية .

الحصة الخامسة :

توضح التسجيلات اليومية الإنخفاض المستمر لنوبات الصداع ، من حيث عددها ومن حيث شدتها .

وكي تسمح الباحثة للعميلة بإستبصار أكثر عمقا للصراع الحالي الذي تعاني منه ، تطلب منها الحديث عن علاقاتها بالوالدين والتركيز على المشاعر وخاصة مشاعر الوالدين نحوها وعلاقتها بهما . وتحدثت العميلة عن نفس المشاعر التي تم ذكرها في الحصص السابقة وتأسفت عن إبتعاد أبيها عنها ، فسألت الباحثة .

(ب) : " ألا تعتقدين بانك أنت التي إبتعدت عن أبيك بعد أن علمت بفشلك في الإمتحان ؟ " .

فأجابت العميلة .

(ز – أ) : " كنت مريضة ، والتزمت الفراش طوال أسبوع كامل وكنت لا أطيق رؤية أي شخص ، أحسست بكآبة – لا هذا غير صحيح – أحسست بنوع من التمرد ضد الناس كلهم ، ظلمت وصعب علي تحمل هذا . آه . . . نعم أنت على حق كنت لا أريد مواجهة إبي . وبعد أن مضى الأسبوع الأول قررت الخروج مع زميلاتي وكنت أغادر المنزل صباحا ولار أرجع حتى وقت العشاء . كنت أنتظر من أبي أن يحاورني ويخفف من معاناتي لكن حدث العكس حيث بدأ ينزعج من تصرفاتي مثل أمي .

وهنا تتدخل الباحثة كي توضح للعميلة المحتوى الكامن لصراعها والمتمثل في التناقض الوجداني الخاص بالرغبة في التبعية من جهة والرغبة في الإستقلال من جهة أخرى " Dependance / Independance " إذ يؤكد هيلد " Held " عام 1977 أهمية توضيح هذا التناقض للعميل وشرحه حتى يستبصر العميل صراعه بصفة أكثر عمقا ويعمل على حله . وهنا تسأل الباحثة :

(ب) : " ماذا كنت تتوقعين من والدك ، هل كنت ترغبين أن يخفف من معاناتك ويعاملك مثلما يعامل إبنته الصغرى أم كنت ترغبين أن يحترم رأيك كفتاة كبيرة وناضجة ؟ " .

فتجيب العميلة :

(ز - أ) : " لا أعرف ، ربما الإثنين معا ، نعم كنت أنتظر الإثنين ، كنت في حاجة إليه في الوقت الذي كنت في حاجة إلى الإبتعاد عنه " .

(ب) : " وما هو تفسيرك لذلك " .

(ز - أ) : " ربما كنت أحس نحوه بنوع من العدوانية ، كأنه تسبب في مشاكلي هو وأمي ، وهذا الذي كان يزعجني " .

وانطلاقا من هذا بدأت الباحثة تشرح للعميلة تناقضها الوجداني وإرتباطه بشعورها بالإحباط وبالعجز وتوضح لها كيف تولدت جميع هذه المشاعر وكيف أن مشاعرها العدوانية هي مشاعر عادية وطبيعية ومن الضروري التعبير عنها إذ أن ذلك يعمل عن التخفيف من المعاناة .

وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد أسبوع مع التأكيد على مواصلة التسجيلات اليومية .

الحصة السادسة :

تفيد المعلومات الواردة في تسجيلات المراقبة الذاتية أن هناك تحسنا واضحا على مستوى عدد نوبات الصداع وشدتها [1] ، كما عبرت العميلة خلال هذه الحصة عن إحساسها بالتحسن ، غير أنها لا تزال تعاني من عدم تحملها للإحباطات ومن عدم تقبلها لمشاعرها العدوانية .

---

(1) أنظر الرسم البياني رقم (10 - أ)

ثم أضافت ان جميع مواقف الظلم تسبب لها قلقا شديدا حيث تقول :

(ز – أ) : " إن الحقائق المؤلمة تزعجني حيث مثلا شاهدت أمس شريطا تلفزيونيا حول جرحى المرور ، فلم أتحمل هذا لأن حساسيتي كبيرة جدا كما أنني سريعة التوتر فأتألم بشدة ، لذلك لم أتمكن من متابعة رؤية الشريط " .

وبعد حوار طويل جرى بين الباحثة والعميلة حول مشاعرها وأحاسيسها ، إتضح للعميلة أنها تربط دوما هذه المشاهد المؤلمة بمعاناتها الذاتية مما يخلق عندها الألم الشديد حيث يتوجه هذا الألم أولا نحو الآخرين ثم يتحول إلى الذات .

ويتضح هنا أن العميلة تسقط مشاعرها على الآخرين ثم تعود مرة أخرى لإستدخال (Interiorisation) هذه المشاعر .

وخلال هذه الحصة تم تقديم بطارية المقاييس السيكولوجية للعميلة للتعرف على الأعراض النفسية المرتبطة بالصداع ، فظهر أن هناك تحسنا واضحا على مستوى القلق حيث حصلت العميلة على درجة (92) على مقياس سبيلبرجر " Spielberger " وهي تشير إلى نقص ملحوظ بالمقارنة مع درجة القلق قبل العلاج (علما أن الدرجة العالية للمقياس تعتبر مؤشرا لوجود الإضطراب) . ورغم ذلك فما تزال درجة القلق عالية وتحتاج إلى مزيد من التدخل . كما إنخفض مستوى الإكتئاب بشكل واضح حيث حصلت العميلة على الدرجة (8) وهي درجة تشير إلى وجود مقدار قليل من الإكتئاب . أما بخصوص تقدير الذات وفعالية الذات فقد ظهر تحسن بسيط جدا في هذين المجالين حيث إرتفعت درجة العميلة على مقياس روزنبرج" Rosenberg " إلى درجة (26) بعد أن كانت (24) كما إرتفعت درجتها على مقياس شيرير " Sherer " لفعالية الذات إلى (40) بعد أن كانت (38) قبل العلاج [1].

---

(1) أنظر الرسم البياني رقم (10 – ب)

وهكذا يتضح أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع الأمر الذي يدعم الفرضية الأولى للبحث ويعززها .

كما يتضح أن العميلة بحاجة إلى مزيد من العمل لتتمكن من إطلاق مشاعرها العدوانية وإظهارها إلى السطح وتدعيم إسترجاعها النرجسي ، الأمر الذي قد يسهم في التخفيف من القلق .

لذلك قامت الباحثة بتدعيم التعبير حول المشاعر العدوانية طوال الحصة .

وفي نهاية الحصة طلبت من العميلة أن تواصل المراقبة الذاتية والتسجيلات المتعلقة بها ثم تم الإتفاق على موعد الحصة القادمة بعد أسبوع .

الحصة السابعة :

توضح التسجيلات التي قدمتها العميلة خلال هذه الحصة أن نوبات الصداع إستمرت في الإنخفاض من حيث عددها ومن حيث شدتها .

ونظرا للنتائج التي حصلت عليها العميلة على المقاييس المختلفة خلال الحصة السابقة ، إستمرت الباحثة خلال هذه الحصة في تدعيم تعبير العميلة المتعلق بمشاعرها عامة وبمشاعرها العدوانية على وجه الخصوص .

وبعد ذلك تقول العميلة :

(ز - أ) : " إذا قيلت لي حقائق مؤلمة تخص تصرفاتي فإنني أنزعج بشدة ، أنزعج من نفسي لأنني سمحت بوقوع مثل هذه الوضعية فتتدخل الباحثة في محاولة منها للربط بين هذا الشعور المتمثل في الإنزعاج من الذات وبين المشاعر الأخرى ، الإحباطات والعجز والعدوانية ، على النحو التالي : -

(ب) : " إنزعجت من نفسك عندما بدأت علاقتك مع الشاب ، وأنزعجت من نفسك عندما فشلت في إمتحان البكالوريا ، وإنزعجت من نفسك عندما وجدت والدك غير قادر على فهم وضعيتك " .

فتؤكد العميلة بدورها :

(ز – أ) : " في الحقيقة إنني دوما أنزعج من نفسي ، فكلما يؤذيني أحد أرد دوما العدوانية إلى نفسي " .

(ب) : " هل ترين أن حاجتك لحنان أمك جعلتك تنزعجين من نفسك ؟ " .

(ز – أ) : " إنها لا تفهمني وأنزعج من نفسي لأنني أتوقع منها دوما أن تعاملني معاملة خاصة وهي لا تستطيع ذلك " .

وهنا تتدخل الباحثة لتوضح :

(ب) : " وهذا ما يخلق الصراع عندك ، الصراع بين حاجتك إليها وحاجتك إلى التخلص من سيطرتها ويعني هذا بعبارة أخرى الصراع بين رغبتك في عناية أمك ورغبتك في التحرر منها " .

(ز – أ) : " نعم هذا الذي أشعر به ، وعدم قدرتي على حل هذا الصراع تجعلني أتألم بشدة وأقلق إلى درجة تجعلني أشعر وكأن رأسي يكاد ينفجر " .

(ب) : " هذا الألم يمثل العدوانية الموجهة نحو نفسك ، لذلك عليك أن تعبري عن عدوانيتك بكل حرية حتى تتمكني من إخراجها (أي توجيهها نحو الخارج) وهذا الذي سوف يسمح لك بإسترجاع طاقتك وإقتصادها " .

وهكذا طال الحوار حول هذه العدوانية وأصبحت العميلة واعية بها وقادرة على تحمل التعبير عنها .

الحصة الثامنة :

توضح التسجيلات التي قدمتها العميلة هناك إنخفاضا واضحا في نشاط الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدة النوبات .

وتعتبر العميلة عن إحساسها بالتحسن وعن حاجتها إلى إسترجاع مشاعرها وردها إلى الواقع ، الأمر الذي يشير إلى تقبل مبدأ الواقع بخصوص الخبرات الحياتية التي ارتبطت بظهور المرض ، إذ تقول العميلة :

(ز - أ) : " لا زالت مشاعري مشاعر طفلة صغيرة ، وهذا ما جعلني أنغلق على نفسي خوفا من الإحباطات " .

ولعل هذا الوعي يشير إلى النضج العاطفي للعميلة الذي حصل نتيجة التدخلات السيكولوجية حيث أصبحت قادرة على تحليل مشاعرها ، الأمر الذي يخفف من معاناتها حيث أنه يسمح لها بتقبل الواقع . إن مبدأ الواقع هو أحد المبدأين اللذين يحكمان ، تبعا لفرويد ، النشاط العقلي الوظيفي . ويكون ثنائيا مع مبدأ اللذة يعدله : فبمقدار ما ينجح مبدأ الواقع في فرض ذاته كمبدأ منظم ، لا يعود البحث عن الإشباع يتم من خلال أقصر الطرق ، بل يتم بطرق ملتوية طويلة تقود إلى تأجيل نتائج الإشباع وفقا للشروط التي يفرضها العالم الخارجي . (كاج بلبلانش و ج . ب بونتاليس ترجمة مصطفى حجازي ، 1985 ، ص 458) .

ويتطابق مبدأ الواقع ، من وجهة النظر الإقتصادية ، مع تحويل الطاقة الحرة إلى طاقة مربوطة ، كما أنه يميز أساسا ، من وجهة النظر الموقعية ، بين نظام ما قبل الوعي والوعي ؛ أما من وجهة النظر الدينامية ، فإن التحليل النفسي يحاول إقامة تدخل مبدأ الواقع على نمط معين من الطاقة النزوية التي تخدم أغراض الأنا على وجه التخصيص (نفس المرجع) .

وهكذا يتضح أن تقبل العميلة للواقع يسمح لها بالتحكم في رغباتها وبربط طاقتها مما يقلل من قلقها .

وتضيف العميلة أن وعيها لصراعها واستبصارها العميق به جعلها تواجه الإزعاجات بطريقة أكثر مرونة ، مما ساعد على زوال القلق بسرعة وأصبح صداعها أخف كثيرا من شدته المعتادة قبل العلاج كما إنخفض عدد نوبات الصداع إنخفاضا واضحا .

غير أنها تعبر عن رغبتها وإحساسها بالحاجة إلى المزيد من التعبير لكي تتوضح لها الأمور بصورة أفضل ولكي تستطيع أن تطلق العنان لمشاعرها المكبوتة ، غير المرغوب فيها .

وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد أسبوع مع التأكيد على مواصلة المراقبة الذاتية والتسجيلات اليومية .

الحصة التاسعة :

توضح التسجيلات اليومية أن هناك إنخفاضا بسيطا جدا في نشاط الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدة النوبات . كما إتضح من خلال حديث العميلة أنها أصبحت قادرة على تحليل مشاعرها المرتبطة بعلاقاتها الشخصية المتبادلة وخاصة علاقتها مع صديقها ومع أبيها ، وعبرت عن وعيها بشعورها بعدم الثقة بالرجال حيث أنها إستبصرت أن مثل هذه المشاعر تتأتى عن خيبة أملها في ذاتها نتيجة لفشلها في علاقتها العاطفية مع الصديق المذكور ، كما أن تصرفات والدها ولدت عندها هذه المشاعر ، حيث قالت العميلة :

(ز – أ) : " شعرت وكأن رجال حياتي تركوني لوحدي في الوقت الذي كنت في أمس الحاجة إليهم ، وخاصة أبي حيث أنه أول الرجال مرتبة في إعجابي ، ولهذا قررت أن الرجال لا يستحقوا ثقتي ، خوفا من فشلي ومن خيبة أملي مرة أخرى " .

ويتضح هنا أن العميلة بدأت في العمل بإتجاه الإسترجاع النرجسي فقد حاولت أن تقيم نوعا من التوازن بين ليبيدو الأنا وليبيدو الموضوع حيث يؤكد فرويد في موضوع الإسترجاع النرجسي إنطلاقا من أحد مبادىء حفظ الطاقة الليبيدية ، أن هناك توازنا بين " ليبيدو الأنا " (الموظف في الأنا) و " ليبيدو الموضوع : " كلما إمتص أحدهما المزيد ، أدى ذلك إلى إفقار الآخر " . "فنرجسية الأنا هي نرجسية ثانوية ، مسحوبة من الموضوعات (نفس المرجع ص 512 – 514) .

لذلك قامت الباحثة بتدعيم هذا الإسترجاع حتى تسمح للعميلة بالتوصل إلى إستدخال كل هذه المشاعر التي تم تحليلها وتصبح قادرة على توظيف طاقتها في علاقات جديدة تتقبلها بكل نضج ، ويؤكد فرويد " Freud " أن النرجسية مرحلة ضرورية في التطور الذي يتم إنطلاقا من النشاط الوظيفي الفوضوي والغلمي الذاتي ، المميز للنزوات الجزئية ، وصولا إلى إختيار الموضوع (حجازي ، المرجع نفسه – ص 516) .

وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد الحصة القادمة بعد أسبوع مع التأكيد على مواصلة المراقبة الذاتية عن طريق التسجيلات اليومية .

الحصة العاشرة :

يظهر من خلال التسجيلات اليومية التي تقدمها العميلة أن هناك تحسنا مستمرا بالنسبة لعدد نوبات الصداع ولشدته . كما عبرت المفحوصة عن تقبلها لذاتها وارتياحها الكبير وصرحت بأنها كانت تريد أن تكون إنسانة ناجحة وقوية كأبيها . ويشير هذا إلى التماهي بالأب حيث أن التماهي يمثل عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر ، أو خصائص أو صفات شخص آخر من جهة حيث أن الشخصية تتكون وتتمايز من خلال سلسلة من التماهيات .

وتضيف العميلة أن فشلها جعلها تفكر بأنها إنسانة فاشلة كأمها ، ولعل هذا يشير إلى التماهي الإسقاطي حيث قدمت ميلاني كلاين " MelanieKlein " في عام 1946 هذا المصطلح للدلالة على شكل خاص من التماهي الذي يرمي خصوصا إلى علاقة الموضوع العدوانية . كما أن للتماهي الإسقاطي صلة وثيقة مع الوضعية في الإسقاط الهوامي لأجزاء منشطرة من الشخص الخاص للإنسان ، أو حتى لكل هذا الشخص . كما ترى أن هذا الهوام هو أحد مصادر القلق .

وأتضح للعميلة نتيجة التدخل السيكولوجي أن ظروف أمها وظروفها مختلفة فهما شخصان مختلفان ولهذا لا يمكنها مقارنة تصرفات والدها معها بتصرفاته مع أمها . كما إتضح لها أن إدارة شؤون البيت وتسييره هي من إختصاص أمها وسوف تكون لها الفرصة في المستقبل لتسيير شؤون بيتها هي . كما صرحت أن علاقاتها الشخصية المتبادلة مع أفراد أسرتها أصبحت حسنة وأنخفض شعورها بالقلق .

ولإلقاء مزيد من الضوء على التغيرات التي حصلت للعميلة بخصوص الأعراض النفسية المصاحبة للصداع ، وبهدف الوصول إلى التقييم الموضوعي لفعالية العلاج ، ثم تقديم بطارية المقاييس في هذه الحصة ، فظهر تحسنا واضحا على مستوى القلق الذي إنخفض إلى درجة (70) التي تشير إلى مستوى عادي ، كما إنخفضت درجة الإكتئاب إلى درجة (4) التي تشير هي كذلك إلى مستوى عادي – أما بخصوص تقدير الذات وفعالية الذات فظهر بعض التحسن حيث إرتفعت درجة تقدير الذات إلى (30) درجة ويعتبر ذلك مؤشرا لمستوى حسن من تقدير الذات كما إرتفعت درجة فعالية الذات إلى (42) التي هي كذلك تشير إلى مستوى حسن من الفعالية الذاتية .

ولعل كل هذه النتائج تشير إلى فعالية العلاج النفسي البؤري على الصداع وتؤكد صحة الفرضية الأولى التي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما تشير إلى فعالية العلاج البؤري هي التخفيف من الأعراض النفسية المصاحبة للصداع [1] وتؤكد صحة الفرضية الثانية للبحث التي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

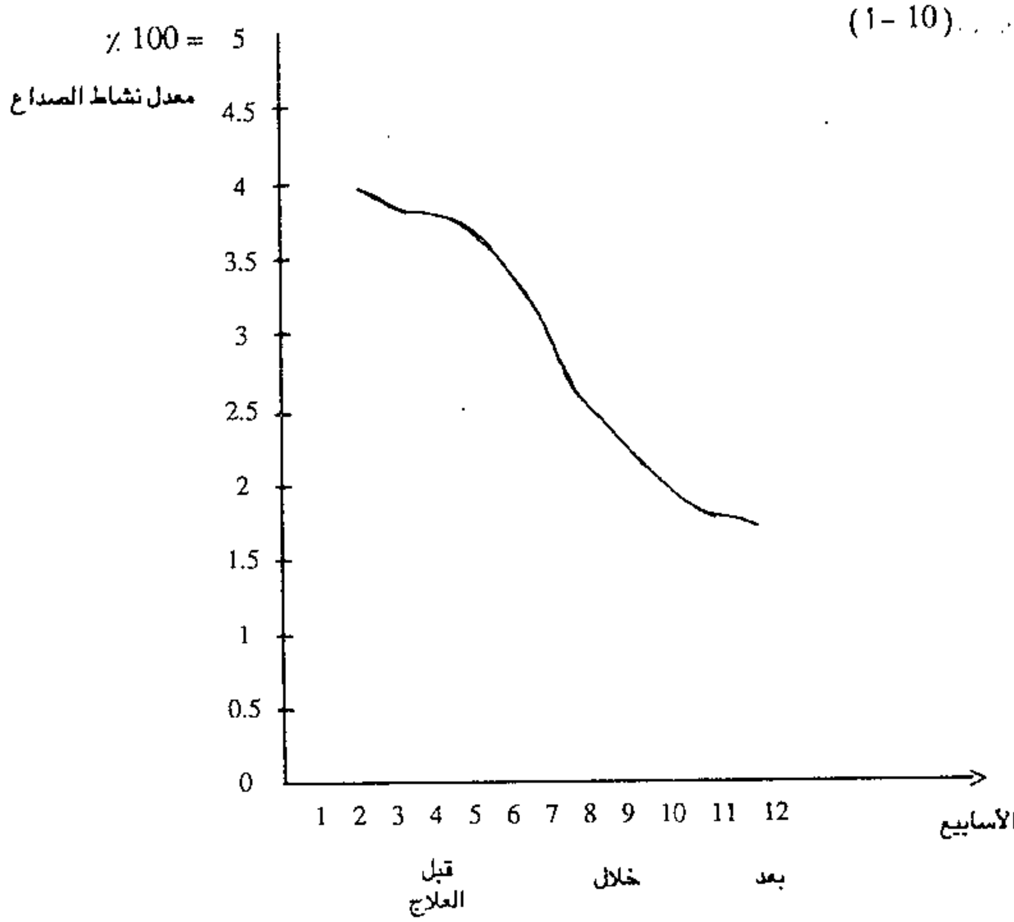
وفي نهاية الحصة تم إخبار العميلة بإنتهاء البرنامج العلاجي وتم إعلامها بأن الباحثة على إستعداد لإستقبالها وقت الحاجة [2] .

---

(1) : أنظر الشكل رقم (10)

(2) : وتجدر الإشارة إلى أن الباحثة طلبت من العميلة مواصلة المراقبة الذاتية بجميع جوانبها وحددت لها موعدا بعد ثمانية أسابيع رغبة في التعرف على مدى ثبات العلاج وهي خطوة لا تدخل في البحث الحالي .

(1- 10)



جدول (10 – ب)

الإتجاه	مراحل القياس / المقياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
− +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	72	132	46	92	32	70
		سمة	60		46		38	
− +	مقياس بيك للإكتئاب		12		8		4	
+ −	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		24		26		30	
+ −	مقياس شيرير لفعالية الذات		38		40		42	
− +	الأدوية		0		0		0	

الشكل رقم (10) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 2X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيانات الواردة في الشكل رقم (5) أي (5 - أ) و (5 - ب) التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له (التشخيص) أن العميلة كانت تعاني من نوبات صداع شديدة قدرت بـ 76 ٪ قبل العلاج . وبعد إدخال البرنامج العلاجي البؤري لمدة لمدة أربعة أسابيع (ست حصص علاجية) إنخفض مستوى الصداع إلى 59.4 ٪ ليصبح في نهاية العلاج (الحصة العاشرة) 45 ٪ . الأمر الذي يسمح بإستخراج مستوى التحسن العيادي الملحوظ والذي يقدر بـ 52.6 ٪ . مما يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث .

وتجدر الإشارة إلى أن التحسن في نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدتها قد بدأ في الظهور قبل إدخال البرنامج العلاجي ، الأمر الذي يشير إلى أن النتائج النهائية هنا لا تعود فقط إلى برنامج العلاج البؤري بل تعود بجزء منها إلى تقنية المراقبة الذاتية ، وهي تقنية علاجية معرفية .

كما توضح أن الأعراض النفسية المصاحبة للصداع ، والتي تم قياسها إستنادا إلى بطارية من المقاييس ، حصلت فيها تغيرات كبيرة وملموسة نتيجة التدخل السيكولوجي حيث قدر مستوى التحسن بالنسبة للقلق بـ 47 ٪ ومستوى التحسن بالنسبة للإكتئاب بـ 66.6 ٪ ، وقدر مستوى تحسن تقدير الذات بـ 40 ٪ ومستوى تحسن الفعالية الذاتية بـ 13.3 ٪ ، وعموما بلغ مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع 41.7 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج البؤري المستوحى من التحليل النفسي آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 4X : (علاج بؤري)

(ل – أ) شاب يبلغ عمره (32) سنة ، غير متزوج ، يسكن في شقة لوحده ، يحتل المرتبة الأخيرة في الأسرة له أخت وأخ أكبر منه ، حاصل على شهادة جامعية ومهنته مستشار في إحدى النوادي الرياضية ، عاش مع أمه وإخوته حتى إلتحاقه بالجامعة .

لا يعاني من مشكلات صحية (بدنية أو نفسية) ولا من إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج . يتمتع أفراد أسرته بصحة جيدة على العموم بإستثناء أمه التي توفيت – بعد إصابتها بسرطان الثدي – منذ أربع سنوات وكانت له علاقة جيدة معها تتسم بالحنان والعطف ، حيث يصف العميل هذه العلاقة بقوله : (" كنا نكون مع أمي وإخوتي عائلة موحدة، متضامنة ، مبينة على الحنان ") ، أما الأب فلا وجود له في حياة الأسرة أو في حياة العميل حيث أنه غادر بيت الزوجية عندما كان العميل يبلغ الثانية من عمره .

للعميل علاقات إجتماعية جيدة مع زملاء المهنة ومع الأصدقاء .

بدأ العميل يشكو من الصداع التوتري الشديد والمتكرر المصحوب بإحساس كبير بالتوتر والنرفزة والقلق منذ ثلاث سنوات . ويوضح العميل ذلك بقوله أنه أصبح من جراء معاناته ، لا يتحمل أي إزعاج كما أصبح لا يطيق عن الخروج مع الزملاء والأصدقاء رغم علاقاته الحسنة معهم .

وبعد أن تم التعارف بين الباحثة والعميل في المقابلة الأولية ، وبعد الجهود التي بذلتها الباحثة لإقامة علاقة ودية مبنية على الثقة والصراحة ، تم تحديد موعد المقابلة الثانية بعد أسبوع . وخلال المقابلة الثانية تم تدعيم العلاقة الودية وتم التعرف على حياة العميل الشخصية وعلى مشاعره وعواطفه نحو ذاته ونحو الآخرين وعلى منظوره عن العالم والمستقبل وبعدها عمدت الباحثة إلى تعريف العميل ببرنامج العلاج البؤري وقدمت الشروح التفصيلية حول تقنية المراقبة الذاتية ودورها وأهميتها وكيفية القيام بها والمعلومات المطلوب تسجيلها .

كما تم تقديم بطارية المقاييس للتعرف على الخطوط القاعدية (التقديرات الأولية) المتعلقة بالأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

وبعد الحصول على موافقة العميل على البرنامج العلاجي ، طلبت الباحثة منه أن يقوم بتطبيق تقنية المراقبة الذاتية لمدة أربعة أسابيع كي تقدم في نهايتها بيانات تفصيلية عن عدد نوبات الصداع وعن شدتها وعن العوامل التي تستثيرها ، وحددت له موعدا لبدء تنفيذ البرنامج العلاجي بعد هذه الأسابيع الأربعة .

وبدأ التطبيق الفعلي المباشر للبرنامج العلاجي من المقابلة الثالثة التي كونت الحصة العلاجية الأولى من عشرة حصص دامت ثمانية أسابيع ، وكانت عملية التقدير فيها تتم بصورة دورية ومنتظمة ، خارج الحصص العلاجية من خلال المراقبة الذاتية ، وأثناء الحصص العلاجية من خلال الحوار ومن خلال تطبيق بطارية المقاييس أثناء العلاج في الحصة العلاجية السادسة أي بعد مرور أربعة أسابيع على بدء العلاج – وفي نهاية العلاج – أي خلال الحصة العاشرة .

وتمحورت الحصص العلاجية الثلاث الأولى حول معاناة العميل وتعبيره الحر عنها مع التأكيد على تصوره للتوظيف المثالي ، وعملت الباحثة على جعل هذا المسار أكثر مرونة بالتأكيد على الطابع المؤقت للمشكلة وارتباطه المحتمل بالوقائع الماضية المؤلمة .

وخلال الحصة الرابعة يصرح العميل بأن الموقف الذي إرتبط بظهور الإضطراب والذي أحدث في نفسيته توترا شديدا ، هو موقف أعاد إلى ذاكرته حادث مؤلم عاشه وهو صبي لا يتجاوز عمره (10) سنوات . وتحدث العميل طويلا عن هذا الحادث وعن المشاعر التي إرتبطت به كما تحدث عن المشاعر التي ولدتها فيه هذه الذكرى الأليمة ومشاعره الحالية تجاه الشخص المسؤول عن معاناته ومشاعره تجاه نفسه ، ثم بكى وقتا طويلا .

وهنا تركز هدف الباحثة بالعمل على تهدئة العميل ، ووفرت له الإحساس بالتعاطف مع مشاعره كما عبرت عن الفهم العميق لمشكلته وعملت على تشجيعه ليعبر عن هذه المشاعر بكل حرية حيث أن ذلك من شأنه أن يجعله أكثر إستبصارا بمشكلته وبالعوامل الكامنة ورا ءها

كما سمحت له بتحويل الطاقة الهدامة من الداخل إلى الخارج ليصبح متسامحا مع نفسه ويسترجع نرجسيته .

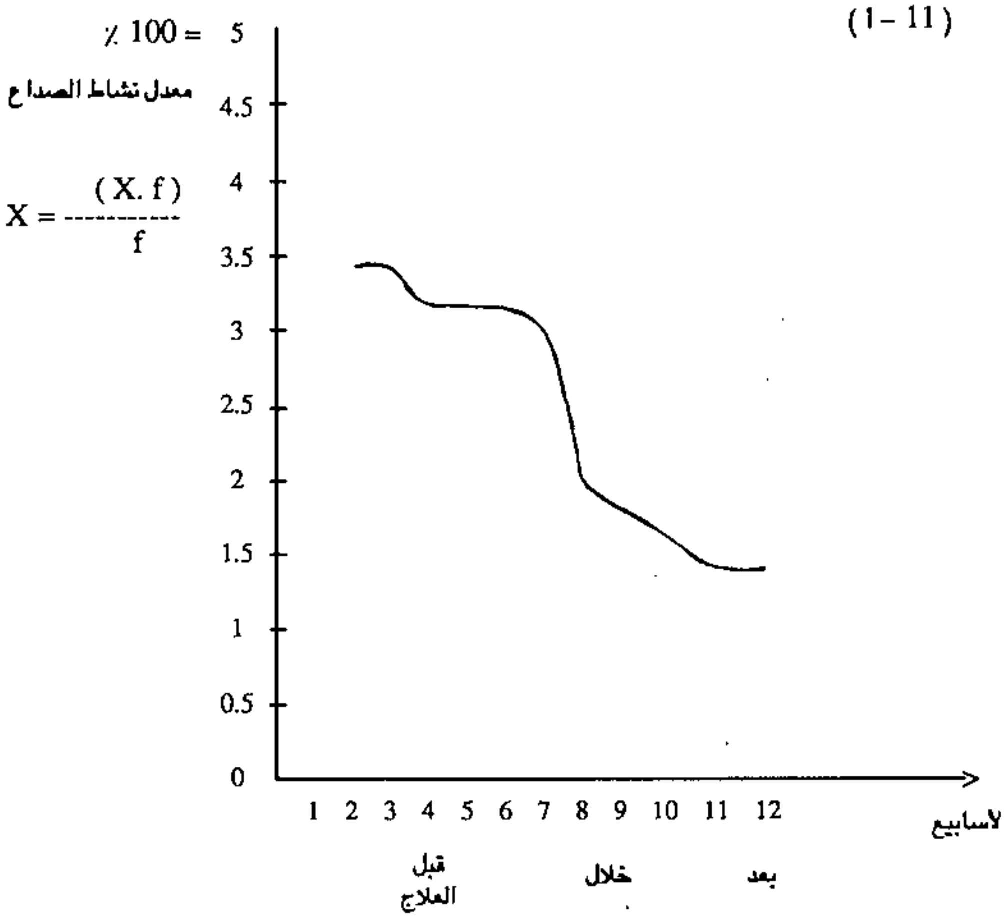
وسمح البرنامج العلاجي البؤري بإحداث تغييرات إيجابية ملموسة في نظرة العميل إلى نفسه وإلى المستقبل ، و قاد إلى تقليص نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدتها دون تعاطي أي نوع من الدواء .

ولعل هذا يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما سمح البرنامج البؤري بالتخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع [1] ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

---

(1) : أنظر الشكل رقم (11) .

(1 – 11)



جدول (11 – ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	58	121	40	94	32	66
		سمة	63		54		34	
– +	مقياس بيك للإكتئاب		14		10		8	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		14		16		22	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		32		35		39	
– +	الأدوية		0		0		0	

الشكل رقم (11) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 4X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيـانات الواردة في الشكل رقم (11) التقديرات الأولية للصداع والأعراض النفسية المصاحبة له (التشخيص) والتي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث تبين أن العميل كان يعاني من نوبات صداع شديدة ومتكررة قدرت بـ 66 ٪ قبل العلاج ، وإنخفضت بعد إدخال العلاج البؤري لمدة أربعة أسابيع (ست حصص علاجية) لتصبح 50 ٪ ، وأستمر الإنخفاض ليصل في نهاية العلاج إلى 30 ٪ (الحصة العاشرة) وقد بلغ مستوى التحسن حوالي 54.5 ٪ .

ولعل هذه النتائج تحقق صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما توضح أن هذا التحسن حصل دون لجوء العميل لتناول أي دواء .

ويوضح الجدول رقم (11 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع والتي تم قياسها إستنادا إلى بطارية من المقاييس ، أن العميل كان يعاني من القلق الشديد والإكتئاب كما كان يعاني من التقدير الواطىء للذات ومن توقعات سلبية حول فعالية الذات . وتحسن العميل في كل هذه المجالات بعد تعرضه للعلاج حيث كان مستوى تحسنه يقدر بالنسبة للقلق بـ 45.4 ٪ وبالنسبة للإكتئاب بـ 42.8 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات بـ 30.7 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات بـ 19.4 ٪ ، وعموما بلغ مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع 34.5 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 6X : (علاج بؤري)

(ب – م) شاب يبلغ عمره (26) سنة ، غير متزوج ، يعيش مع أسرته ، يحتل المرتبة الثانية بين إخوته ، له أخ أكبر منه وخمس أخوات ، طالب جامعي وبالتحديد طالب بمعهد العلوم الدقيقة .

لا يعاني العميل من مشكلات صحية (عضوية أو نفسية) ولا من إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج . كما أن صحة جميع أفراد أسرته جيدة على العموم علاقته بالأسرة سيئة جدا خصوصا مع الوالدين وتكاد تنعدم مع الأخوة ، أما علاقاته الإجتماعية بالأصدقاء فهي حسنة على العموم .

بدأ العميل يشكو من الصداع الشديد والمتكرر منذ سنتين عندما إضطر للإلتحاق بالشعبة المعربة بدلا من إعادة السنة في القسم الفرنسي ، وهي الفترة التي ساءت فيها علاقة العميل بالوالدين وانقطعت تماما . ويذكر العميل أنه عاني في هذه الفترة من القلق الشديد نتيجة لعدم تقبله للظروف التعليمية الجديدة ، وعدم إنسجامه وتلاءمه معها حيث أنه يصف الزملاء بأنهم أشخاص تنقصهم التربية والثقافة ويتميزون بخشونة في السلوك وتصلب في الأفكار وضيق في الأفق ، الأمر الذي ولد لديه مشاعر النقص والدونية بالمقارنة مع الزملاء الذين يواصلون تعليمهم في الشعبة المفرنسة . كما يوضح العميل أن آلام الصداع جعلته عاجزا عن القيام بواجباته المدرسية حيث أصبح يعاني من صعوبات في التركيز ويتعب لأدنى جهد .

وتركزت أهداف المقابلة الأولية في التعارف بين الباحثة والعميل وإقامة العلاقة الودية التي تقوم على الثقة والصراحة بينهما . وخلال المقابلة الثانية تم تدعيم العلاقة الودية كما تم الحصول على المعلومات الدقيقة والمحددة عن حياة العميل الشخصية وعن مشاعره وعواطفه وتصوراته لذاته وللتوظيف المثالي ، كما تم تعريف العميل بالبرنامج العلاجي البؤري ، وتقديم الشروح التفصيلية عن تقنية المراقبة الذاتية ودورها وأهميتها وكيفية القيام بها والمعلومات المطلوب تسجيلها ، فضلا عن تقديم بطارية المقاييس للتعرف على الخطوط القاعدية (" Base lines ") المتعلقة بالأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

وبعد الحصول على موافقة العميل على البرنامج العلاجي ، طلبت الباحثة منه أن يقوم بتطبيق تقنية المراقبة الذاتية لمدة أربعة أسابيع كي يقدم في نهايتها بيانات تفصيلية عن عدد نوبات الصداع وعن شدتها وعن العوامل التي تستثيرها ، وحددت له موعدا لبدء تنفيذ البرنامج العلاجي بعد هذه الأسابيع الأربعة .

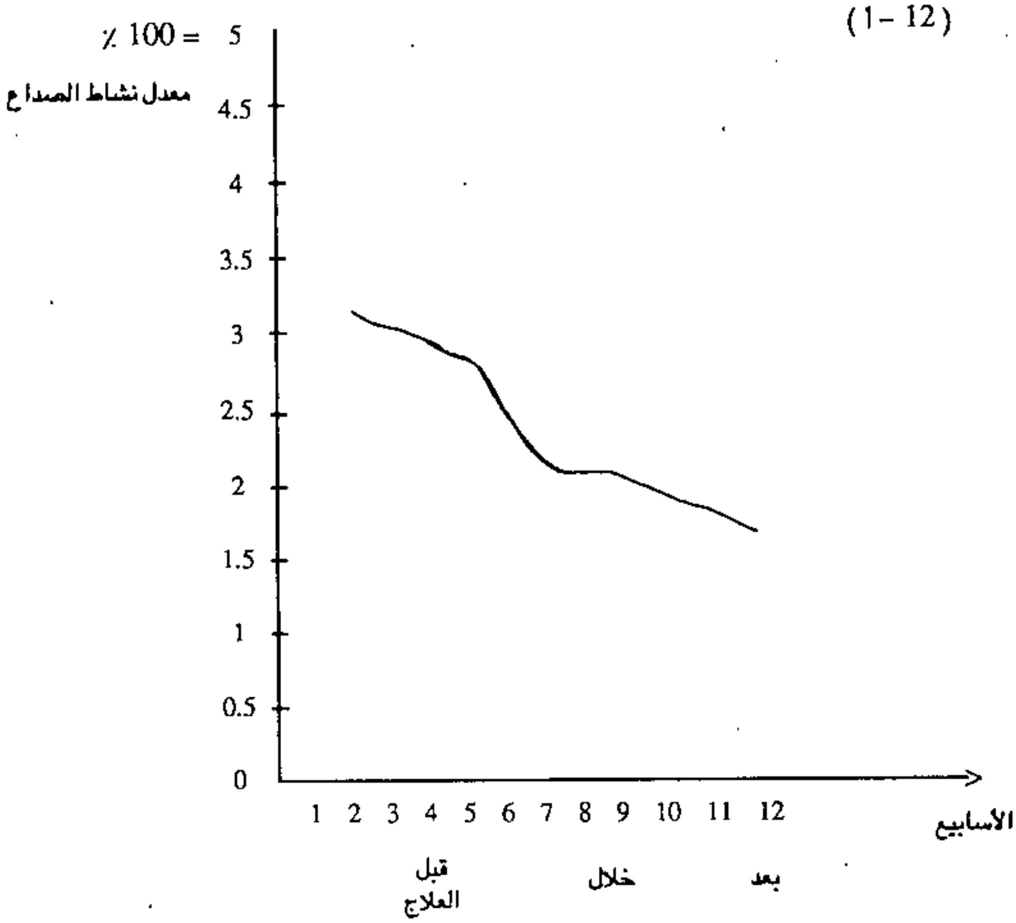
وبدأ التطبيق الفعلي المباشر للبرنامج العلاجي من المقابلة الثالثة التي كونت الحصة العلاجية الأولى من عشرة حصص دامت ثمانية أسابيع ، وتمت خلالها عملية التقدير بصورة دورية ومنتظمة ، خارج الحصص العلاجية من خلال المراقبة الذاتية ، وأثناء الحصص العلاجية من خلال الحوار ومن خلال تطبيق بطارية الإختبارات بجميع مقاييسها أثناء العلاج - في الحصة العلاجية السادسة أي بعد مرور أربعة أسابيع على بدء العلاج - وفي نهاية العلاج - أي خلال الحصة العاشرة .

وتشير المعلومات التي أدلى بها العميل في المقابلتين الأوليتين إلى ، أن مشكلة العميل إرتبطت بنوع من الإلتباس بين صفات والديه وصفات المجموعة التي أصبح ينتمي إليها (طلبة الشعبة المعربة) علما بأنه يرفض رفضا تاما هذا الإنتماء .

وأتضح له من خلال تعبيره الحر عن مشاعره أنه كان يسعى أن يمتلك خصائص أو سمات مختلفة تماما عن سمات أفراد أسرته ويرتبط هذا الموقف بنوع خاص من الآليات الدفاعية التي إصطلحت عليها ميلاني كلاين بالتماهي الإسقاطي ، كما إتضح له بأنه يشعر بعدوانية كبيرة نحو والديه وخصوصا نحو أمه التي يراها السبب في فشله حيث لم تسعى إلى العناية به ولم تقدم له الحماية والحنان الذي كان في أمس الحاجة إليه . وهنا عملت الباحثة على تشجيع العميل على التعبير عن مشاعره بكل حرية كما بذلت جهدا كبيرا لجعل العميل يتقبل هذه المشاعر وبعدها ركزت جهدها في تحليل المحتوى الكامن لهذه المشاعر ، الأمر الذي قاد إلى تقليص المسافة الموجودة بين تصور التوظيف المثالي وبين تصور العميل لتوظيفه الذاتي (صورة الذات) حيث أصبح تصوره أكثر مرونة ، ووفر له الإستبصار العميق بصراعه ومكنه من تحويل عدوانيته من الداخل إلى الخارج ومن إسترجاع نرجسيته .

وهكذا سمح البرنامج العلاجي البؤري بإحداث تغيرات إيجابية في كل المجالات التي تم تقديرها حيث إنخفض نشاط الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدتها دون تعاطي أي نوع من الدواء ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . كما سمح البرنامج العلاجي بالتخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع التي تم تقديرها . وتظهر كل هذه التغيرات في الشكل رقم (12) الذي يقدم صورة واضحة للتحسن الذي حصل على جميع المستويات المدروسة .

(1- 12)



جدول (12 – ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	131	63	85	38	74	34
		سمة		68		47		40
– +	مقياس بيك للإكتئاب		13		8		6	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		12		15		19	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		28		33		36	
– +	الأدوية		0		0		0	

الشكل رقم (12) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 6X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيانات الواردة في الشكل رقم (12) التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية له والتي إنطلق منها البرنامج العلاجي حيث يظهر فيها أن العميل كان يعاني من نوبات صداع شديدة ومتكررة قدرت بـ 60 ٪ قبل العلاج ، وإنخفضت بعد إدخال العلاج لمدة أربعة أسابيع (ست حصص علاجية) إلى 50 ٪ ، لتصبح في نهاية العلاج تقدر بـ 38 ٪ وهكذا يمكن تقدير مستوى التحسن العيادي بـ 36.6 ٪ ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث التي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع ، خصوصا أن العميل لم يتناول أي دواء مضاد للصداع خلال هذه الفترة وتوضح المعلومات الواردة في الجدول رقم (12 – ب) أن العميل كان يعاني من القلق الشديد والإكتئاب ومن التقدير الواطىء للذات ومن الفعالية الذاتية المنخفضة . وقد أحدث البرنامج العلاجي مع تقنية المراقبة الذاتية التي بدأت قبل تنفيذ البرنامج العلاجي وأستمرت طوال مدة العلاج ، تغيرات إيجابية على جميع هذه المجالات حيث قدر مستوى تحسن القلق بـ 43.5 ٪ وقدر مستوى تحسن الإكتئاب بـ 53.8 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات بـ 25 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات بـ 53.8 ٪، وعموما قدر مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع بـ 35.5 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 8X : (علاج بؤري)

(ح – ح) فتاة يبلغ عمرها 26 سنة ، غير متزوجة ، مستواها التعليمي سنة ثالثة ثانوي ، إنقطعت عن الدراسة بعد فشلها في إمتحان البكالوريا عدة مرات لها سبعة أخوة . ستة من البنات وذكر واحد هو الأصغر) . وهي تحتل المرتبة الرابعة بينهم لا تعاني العملية من مشكلات صحية (عضوية أو نفسية) ولا من إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج وعادتها الشهرية منتظمة ، كما أن صحة أفراد أسرتها جيدة على العموم . علاقاتها مع كل أفراد الأسرة حسنة على العموم . ظهر عندها الصداع الشديد والمتكرر منذ سنتين في الوقت الذي إنتقلت فيه من البيت الأسري لتسكن مع أختيها اللتان تعملان في مهنة الطب ، وكانت العميلة تمكث في البيت طول النهار وتقضي معظم الوقت في الأعمال المنزلية بينما كان السبب الذي دفعها إلى الإنتقال من بيت الأسرة ، هو التحضير للإمتحانات .

بدأ التدخل السيكولوجي من المقابلة الأولى التي تم فيها التعرف على شكوى العميلة الأساسية بالإضافة إلى التعرف على بعض المعلومات الشخصية والأسرية . وقد حرصت الباحثة خلال هذه المقابلة على توفير الجو الذي يساعد على كسب ثقة العميلة وإقامة علاقة ودية معها . وفي المقابلة الثانية تم الحصول على المعلومات الدقيقة والمحددة عن معاناة العميلة وعن حياتها الأسرية وعن علاقاتها الإجتماعية . كما حرصت الباحثة على تدعيم العلاقة الودية بالعميلة ووضحت لها خطة برنامج العلاج البؤري التي سيتم تطبيقها بالتعاون معها في الأساس ، ثم شرعت الباحثة في تقديم الشرح الدقيق والمفصل لتقنية المراقبة الذاتية . وبعد الحصول على موافقة العميلة على البرنامج العلاجي ، وضحت لها الباحثة كيفية تطبيق تقنية المراقبة الذاتية التي تقتضي تسجيلات يومية تفصيلية حول نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدتها ومن حيث المواقف التي تظهر فيها وطلبت منها الإحتفاظ بتسجيلات دقيقة لمدة أربعة أسابيع كما قامت الباحثة بتطبيق بطارية المقاييس للتعرف على الخطوط القاعدية للأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

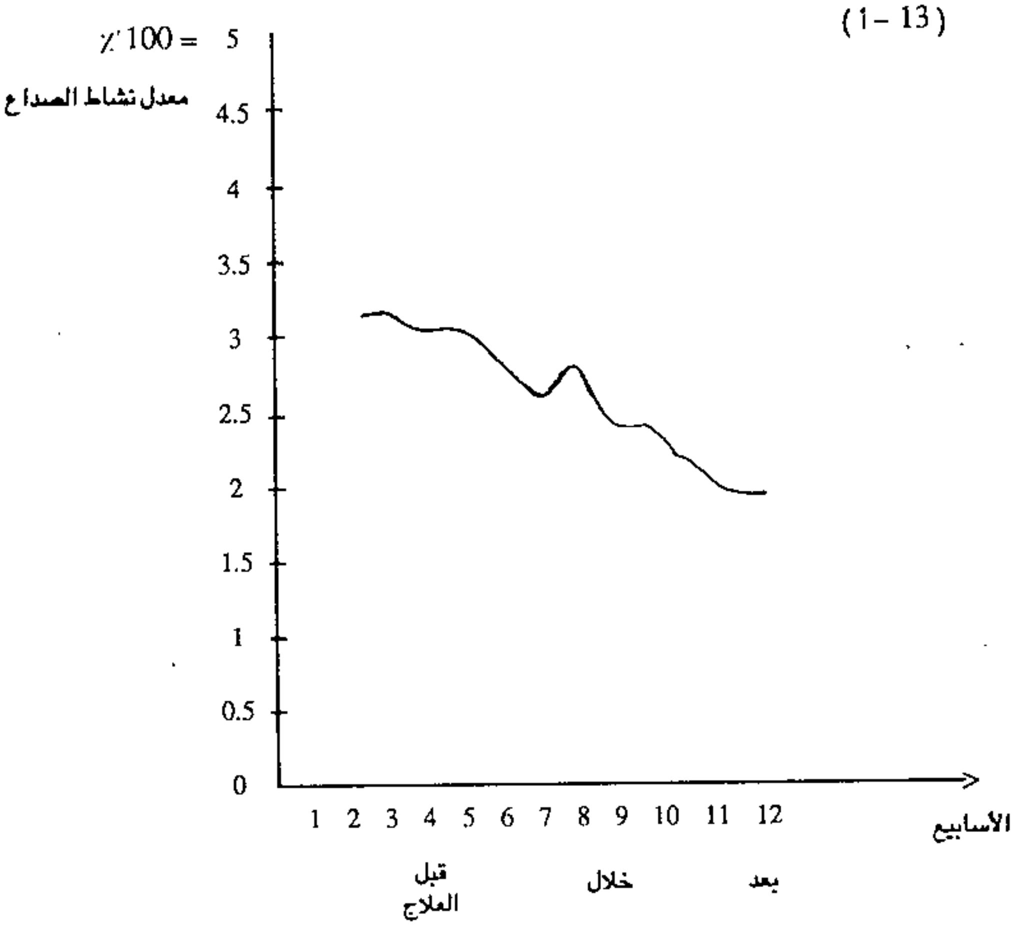
وفي نهاية الحصة تم تحديد المقابلة الثالثة بعد أربعة أسابيع .

إنطلق البرنامج العلاجي البؤري الذي إستغرق عشرة حصص علاجية دامت ثمانية أسابيع ، من المعلومات التي قدمتها العميلة خلال المقابلتين الأوليتين ومن خلال المعلومات الواردة في التسجيلات التي تمت خلال المراقبة الذاتية . وقد حرصت الباحثة على جعل العميلة تعبر بحرية تامة عن مشاعرها وتصوراتها كي تتوصل إلى الإستبصار العميق بصراعها وتتقبل عدوانيتها . كما عملت على جعل تصور العميلة للتوظيف المثالي أكثر مرونة من جهة وعلى تقليص المسافة الموجودة بين هذا التصور للتوظيف المثالي وتصورها لتوظيفها الذاتي ، من جهة أخرى ، الأمر الذي ساعدها في عملية الإسترجاع النرجسي .

وقد أحدث البرنامج المستوحى من التحليل النفسي بالإضافة إلى تقنية المراقبة الذاتية تغيرات إيجابية على جميع المستويات التي تم تقديرها حيث إنخفض نشاط الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدتها دون أن تتناول العميلة أي دواء ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما سمح البرنامج العلاجي البؤري بالتخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع وتظهر كل هذه التغيرات في الشكل رقم (13) الذي يقدم صورة أكثر وضوحا للتحسن الذي حصل على جميع الجوانب المدروسة في هذا البحث .

(1 - 13)



جدول (13 - ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
- +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	42	85	36	74	31	65
		سمة	43		38		34	
- +	مقياس بيك للإكتئاب		8		2		0	
+ -	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		15		17		21	
+ -	مقياس شيرير لفعالية الذات		28		30		31	
- +	الأدوية		0		0		0	

الشكل رقم (13) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 8X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

يبين الشكل رقم (13) التقديرات الأولية للصداع وللأعراض المصاحبة له (التشخيص) والتي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث يظهر فيه أن العميلة كانت تعاني من صداع شديد ومتكرر قدر نشاطه بـ 63 ٪ قبل العلاج ، وإنخفض هذا النشاط من حيث عدد النوبات وشدتها بعد إدخال البرنامج العلاجي لمدة أربعة أسابيع أي ست حصص علاجية ، حيث قدر هنا بـ 53 ٪ وظل التحسن مستمرا ليصبح في نهاية العلاج 43 ٪ ، الأمر الذي سمح بتقدير التحسن العيادي العام بالنسبة للصداع بـ 31.7 ٪ .

ولعل هذه النتائج تؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع ، خصوصا وأن العميلة لم تتناول أي دواء خلال فترة العلاج الأمر الذي يؤكد أن التحسن يرتبط مباشرة بالتدخلات السيكولوجية .

ويوضح الجدول رقم (13 – ب) بالنسبة للأعراض النفسية التي تم قياسها ، أن العميلة كانت تعاني من مستوى مرتفع من القلق ومن إكتئاب متوسط فضلا عن التقدير الواطيء للذات والفعالية الذاتية المنخفضة وتحسنت العميلة في جميع هذه المجالات بعد تعرضها للعلاج حيث كان مستوى تحسنها بالنسبة للقلق يقدر بـ 23.5 ٪ وبالنسبة للإكتئاب يقدر بـ 100 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات يقدر بـ 24 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات يقدر بـ 7.5 ٪ ، وعموما بلغ مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع حوالي 38.75 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 10X : (علاج بؤري)

(د – س) إمرأة عمرها (43) عاما ، متزوجة وأم لتسعة أبناء ست إناث وثلاثة ذكور ، تزوجت في سن التاسعة عشر ، غير متعلمة وتقع في المرتبة الثانية بين تسعة إخوة . تتمتع بصحة جيدة حيث لم يسبق لها الإصابة بأي مرض عضوي أو نفسي من قبل ولا تعاني من إضطرابات في التغذية أو النوم أو الإخراج وماتزال عادتها الشهرية منتظمة .

يتمتع جميع أفراد أسرتها بصحة جيدة على العموم بإستثناء أمها التي توفيت منذ (12) سنة بعد إصابتها بسرطان البنكرياس .

علاقاتها مع أفراد أسرتها سيئة على العموم ، أما علاقاتها الصداقية فهي حسنة . ظهر الصداع الشديد والمتكرر منذ ثمان سنوات وتعاطت العميلة أنواعا عديدة من الأدوية دون فائدة ، وقد تم التعرف على معاناة العميلة خلال المقابلة الأولى كما تم بناء العلاقة الودية التي تقوم على الثقة والإطمئنان بين الباحثة والعميلة . وفي نهاية الحصة تم تحديد موعد المقابلة الثانية بعد أسبوع .

وخصصت المقابلة الثانية لتدعيم العلاقة الودية بين الباحثة والعميلة وللحصول على المعلومات الدقيقة والتفصيلية عن حياة العميلة وعن ظروفها المعيشية وعن مشاعرها وتصوراتها . وقدمت الباحثة للعميلة الخطة العلاجية بالتفصيل وشرحت تقنية المراقبة الذاتية شرحا مفصلا . وبعد أن وافقت العميلة على البرنامج العلاجي ، قدمت لها الباحثة كيفية تطبيق تقنية المراقبة الذاتية وطلبت منها أن تقوم بتسجيلات صوتية لمدة أربعة أسابيع وأن تحتفظ بهذه التسجيلات للحصول على المعلومات الدقيقة حول نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدتها والمواقف التي تستثيرها ، كما طلبت منها أن تتناول الدواء في أوقات محددة وفقا للوصفة الطبية . وأنتقلت بعد ذلك إلى تطبيق بطارية المقاييس للتعرف على الخطوط القاعدية للأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

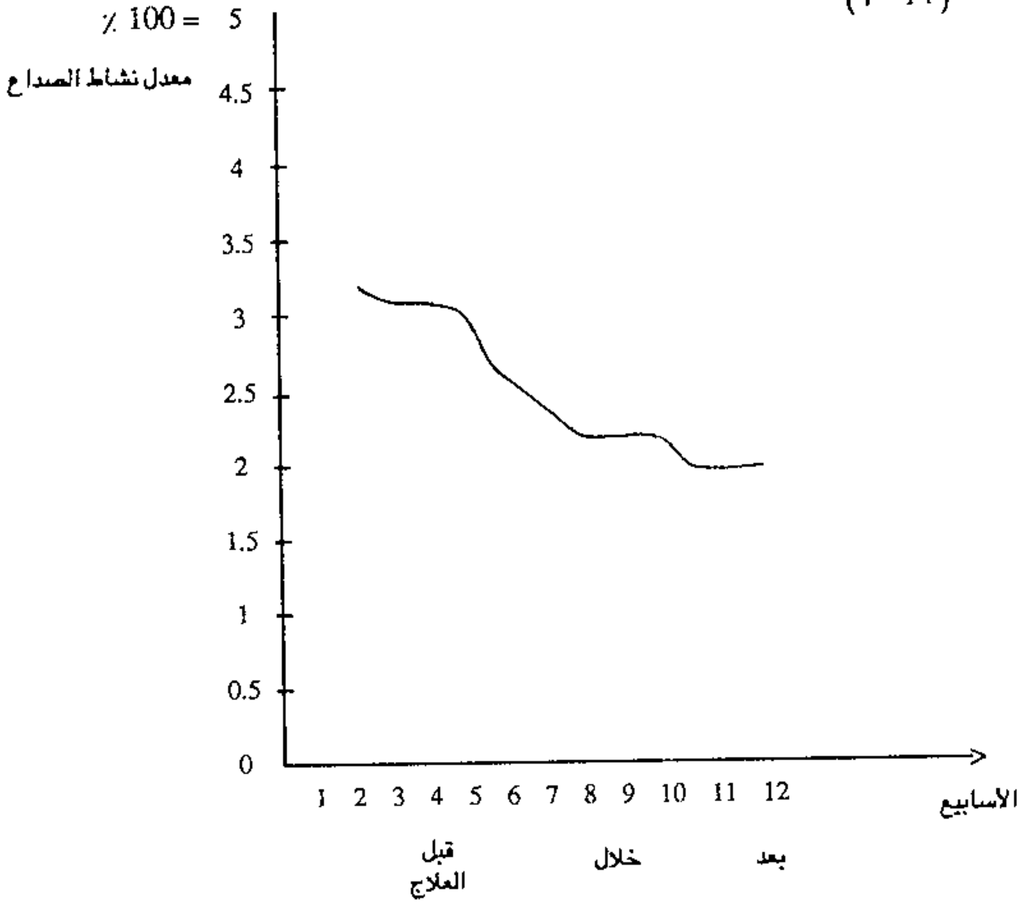
وفي نهاية الحصة تم تحديد الموعد القادم بعد أربعة أسابيع .

إنطلق البرنامج العلاجي الفعلي من المقابلة الثالثة واستغرق عشر حصص علاجية دامت ثمانية أسابيع ، عملت الباحثة خلاله على جعل العميلة تعبر بحرية تامة عن مشاعرها وتصوراتها وساعدتها في التوصل إلى تحليل المحتوى الكامن لصراعها الداخلي والإستبصار العميق بتناقضها الوجداني وآلياتها الدفاعية . كما حاولت أن تقلص المسافة بين تصور العميلة للتوظيف المثالي وتصورها لتوظيفها الذاتي كي تسمح لها بإسترجاع نرجسيتها .

وتجدر الإشارة إلى أن الكسب الثانوي من المرض كان مهما جدا حيث سمح للعميلة بالخروج من البيت لتحصل على عطف العائلة عندما تتعرض لنوبات الألم ورغم هذا الكسب إلتزمت العميلة بالتعليمات العلاجية واستفادت إلى حد ما من العلاج المقدم الذي أحدث تغيرات إيجابية في كل المجالات التي تم تقديمها ، فإنخفض الصداع من حيث عدد النوبات ومن حيث شدتها كما أن العميلة إنقطعت تماما عن تناول الدواء بعد أربعة أسابيع من العلاج ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما سمح البرنامج العلاجي بالتخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع وتظهر كل هذه التنغيرات في الشكل رقم (14) الذي يقدم صورة مفصلة للتحسن الذي حصل على جميع الجوانب المدروسة .

(أ - 14)



جدول (14 – ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
– +	مقياس سبيلبرجر للقلق	حالة	58	133	45	106	42	98
		سمة	75		61		56	
– +	مقياس بيك للإكتئاب		9		9		2	
+ –	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		16		17		18	
+ –	مقياس شيرير لفعالية الذات		22		28		30	
– +	الأدوية		(لاروكسيل) 2 / يوم		(لاروكسيل) 1 / يوم		0	

الشكل رقم (14) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 10X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

توضح البيانات الواردة في الشكل رقم (14) التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية المصاحبة له (الخطوط القاعدية) والتي إنطلق منها التدخل العلاجي حيث تبين أن العميلة كانت تعاني من نوبات الصداع الشديدة والمتكررة قدرت بـ 62 ٪ قبل العلاج وأنخفضت بعد إدخال العلاج البؤري لمدة أربعة أسابيع ، إلى 47 ٪ لتصبح في نهاية العلاج 41 ٪ ، وبهذا يقدر مستوى التحسن العيادي بالنسبة للصداع بـ 33.8 ٪ .

ولعل هذه النتائج تؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع ، رغم إمتناع العميلة عن تناول الدواء بعد أربعة أسابيع من بدء العلاج .

ويوضح الجدول رقم (14 – ب) أن العميلة كانت تعاني من قلق شديد ومن الإكتئاب بالإضافة إلى التقدير الواطىء الذات والفعالية الذاتية المنخفضة وتحسنت العميلة في كل هذه المجالات بعد إستفادتها من العلاج البؤري غير أن هذا التحسن كان بسيطا حيث قدر مستوى التحسن بالنسبة للقلق بـ 26.3 ٪ وبالنسبة للإكتئاب بـ 77.7 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات بـ 8.3 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات بـ 19 ٪ ، وعموما قدر مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع بـ 32.8 ٪ .

وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث التي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

الحالة 12X : (علاج بؤري)

(ع – ج) شاب يبلغ عمره (32) سنة ، غير متزوج يحتل المرتبة الثالثة بين خمسة أبناء كلهم ذكور ، تابع دراسته حتى السنة النهائية من التعليم الإبتدائي ثم إلتحق بأحد مراكز التكوين المهني ليحصل على شهادة مساعد إداري . لا يعاني من مشاكل صحية (عضوية أو نفسية) ولا من إضطرابات تغذية أو نوم أو إخراج ، و يتمتع أفراد أسرته بصحة جيدة على العموم بإستثناء أحد إخوانه الذي توفي نتيجة لإصابته بمرض وبائي .

علاقاته مع أفراد أسرته حسنة على العموم ، غير أن أمه تضغط عليه دوما بخصوص موضوع الزواج ، علاقاته الإجتماعية الصداقية والمهنية حسنة على العموم .

يشكو من الصداع التوتري الشديد والمتكرر منذ عشر سنوات بعد أن تم إقصاءه من الخدمة الوطنية من طرف الطبيب العسكري . وبدأ في التردد على الأطباء وأظهرت الفحوص الطبية المختلفة سلامة العميل من أي مرض عضوي ، غير أن حالة العميل النفسية ساءت كثيرا وأصبح يعاني من القلق الشديد وسرعة الإنفعال وتم في المقابلة الأولى التعارف بين الباحثة والعميل وبناء العلاقة الودية بينهما ، العلاقة التي تقوم على الثقة والإطمئنان .

وخلال المقابلة الثانية تم تدعيم هذه العلاقة الودية كما تم الحصول على المعلومات الدقيقة والمحددة عن حياة العميل الشخصية وعن مشاعره وتصوراته النفسية ، بالإضافة إلى تعريف العميل بالبرنامج العلاجي ، وحرصت الباحثة على تقديم الشرح المفصل عن تقنية المراقبة الذاتية وكيفية القيام بها والمعلومات المطلوب تسجيلها ، وشرعت في تقديم المقاييس للتعرف على الخطوط القاعدية للأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

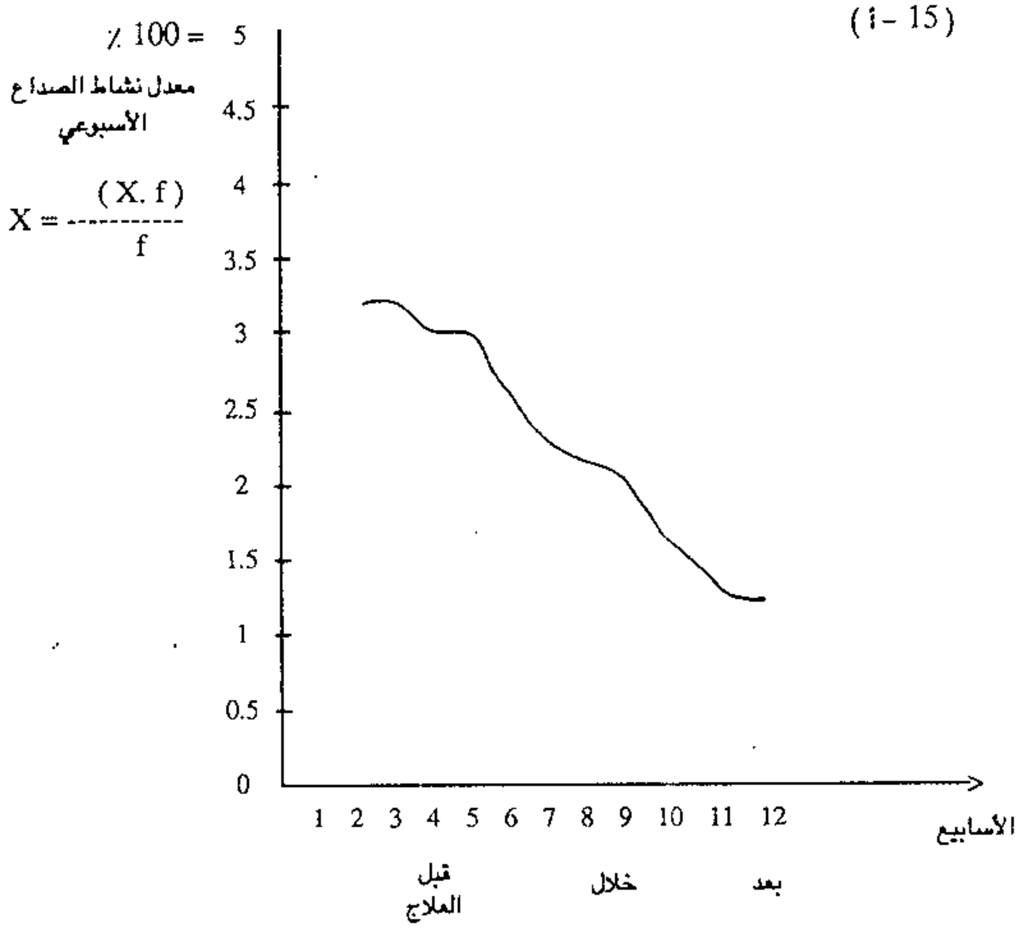
وبعد الحصول على موافقة العميل على البرنامج العلاجي ، طلبت الباحثة منه أن يقوم بتطبيق تقنية المراقبة الذاتية لمدة أربعة أسابيع وأن يحتفظ بتسجيلات تفصيلية يقدمها في نهاية هذه المدة ، علما أن هذه التسجيلات تتمحور أساسا حول عدد نوبات الصداع وشدتها وحول العوامل التي تستثيرها .

وبدأ التطبيق الفعلي للبرنامج العلاجي في المقابلة الثالثة التي كونت الحصة الأولى من العلاج الذي إستغرق عشر حصص دامت ثمانية أسابيع . وتمت عملية التقدير بصورة دورية ومنتظمة ، خارج الحصص العلاجية من خلال تقنية المراقبة الذاتية وأثناء الحصص العلاجية من خلال الحوار والتعبير الحر .

وتشير المعلومات التي أدلى بها العميل أن مشكلته إرتبطت بالشعور بالعجز والإحباط على وجه الخصوص . وقد عملت الباحثة منذ البداية على تدعيم التعبير الحر والصريح عن المعاناة التي شعر بها وركزت جهودها على جعل تصور العميل للتوظيف المثالي أكثر مرونة ، وساعدته في الوصول إلى الإستبصار العميق بصراعه وبمشاعره العدوانية ، الأمر الذي سمح له بإسترجاع نرجسيته . وبتقبل مشاعره السلبية والعدوانية وقد قاد البرنامج العلاجي إلى تغيرات إيجابية على جميع المستويات المدروسة حيث إنخفض نشاط الصداع دون تعاطي أي نوع من الدواء ، الأمر الذي يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

كما سمح البرنامج العلاجي بالتخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع والشكل رقم (15) يوضح ذلك بالتفصيل .

(15 - أ)



جدول (15 - ب)

الإتجاه	المقياس / مراحل القياس		قبل العلاج		أثناء العلاج		بعد العلاج	
− +	مقياس سبيلبرجر القلق	حالة	53	122	37	88	32	71
		سمة	69		51		39	
− +	مقياس بيك للإكتئاب		8		2		1	
+ −	مقياس روزنبرج لتقدير الذات		13		20		25	
+ −	مقياس شيرير لفعالية الذات		24		30		34	
− +	الأدوية		0		0		0	

الشكل رقم (15) نتائج تقدير الصداع والأعراض النفسية الخاصة بالحالة 12X

التقييم العام : " خلاصة الحالة "

إن التقديرات الأولية للصداع وللأعراض النفسية (التشخيص) التي تظهر في البيانات الواردة في الشكل (15) ، تبين أن العميل كان يعاني من صداع مزمن شديد يقدر بـ 62 ٪ قبل إدخال العلاج ، ولينخفض بعد مرور أربعة أسابيع من بدء العلاج إلى 46 ٪ ويستمر التحسن ليصبح نشاط الصداع يقدر بـ 29 ٪ في نهاية العلاج ، وعموما قدر مستوى التحسن العيادي للصداع بـ 60.8 ٪ دون أن يتناول العميل أي نوع من الدواء ولعل هذا يدعم صحة الفرضية الأولى للبحث والتي مفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

أما بالنسبة للأعراض النفسية فيوضح الجدول رقم (15 – ب) أن العميل كان يعاني من قلق شديد واكتئاب خفيف ومن تقدير واطيء للذات فضلا عن الإنخفاض الملحوظ في فعالية الذات قبل العلاج .

وقد تحسن العميل في كل هذه المجالات بعد إستفادته من العلاج البؤري حيث قدر مستوى تحسنه بالنسبة للقلق بـ 41.8 ٪ وبالنسبة للإكتئاب بـ 87.5 ٪ وبالنسبة لتقدير الذات بـ 44.4 ٪ وبالنسبة لفعالية الذات بـ 22.7 ٪ ، وعموما قدر مستوى التحسن العام بالنسبة لجميع هذه الأعراض النفسية المصاحبة للصداع بـ 49.1 ٪ .

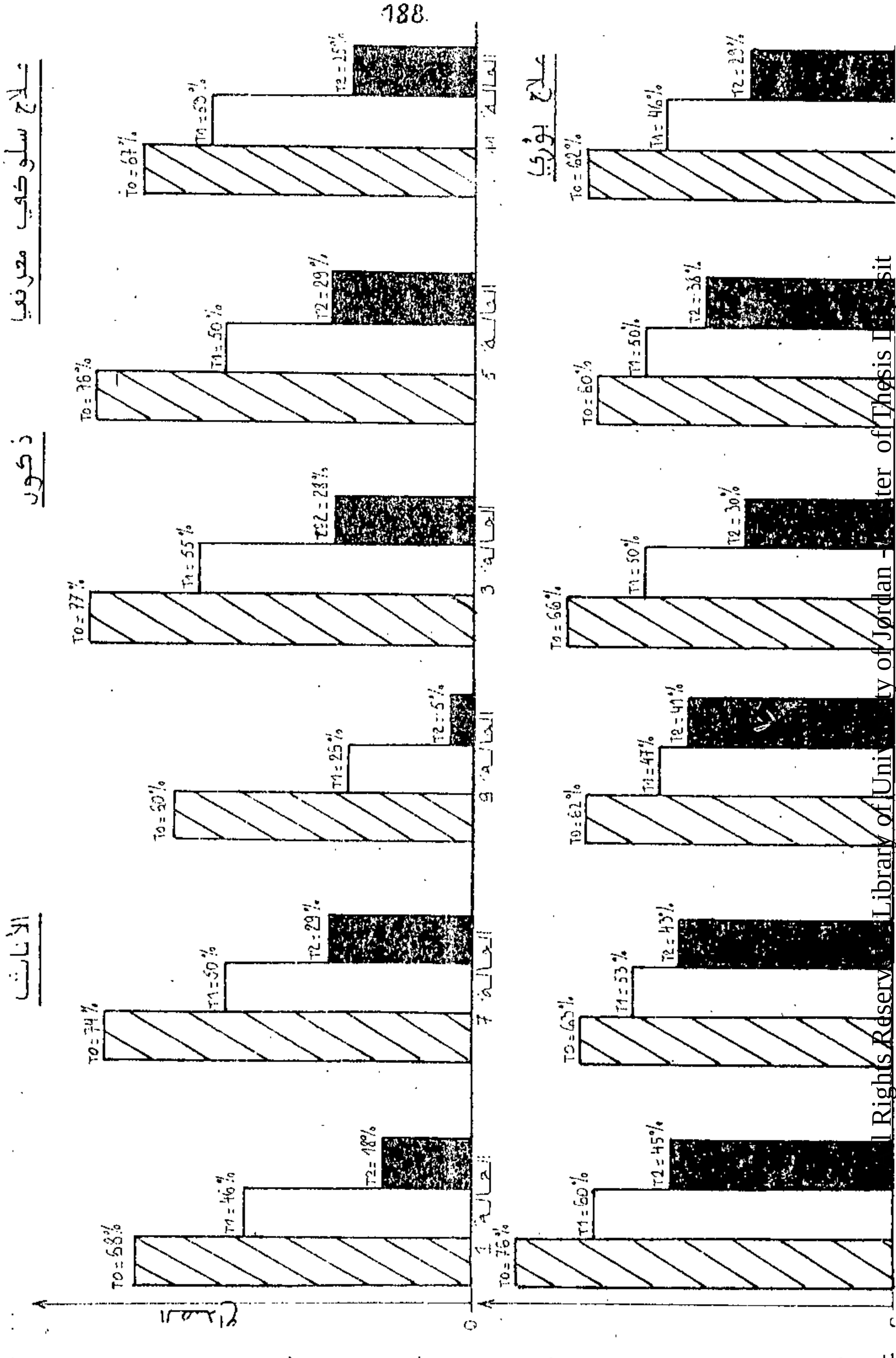
وهكذا تتحقق صحة الفرضية الثانية للبحث التي مفادها أن للعلاج البؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

وتجدر الإشارة إلى أن جميع الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري قد إستفادت من تقنية المراقبة الذاتية (قبل العلاج وأثناء العلاج) في التخفيف من نشاط الصداع من جهة ، وفي التخفيف من الأعراض النفسية المصاحبة للصداع من جهة أخرى .

تحليل النتائج و مناقشتها :

يظهر من خلال العرض التفصيلي للنتائج ، بأن جميع الحالات المدروسة كانت تعاني من قلق شديد قدر على مقياس سبيلبرجر بـ " 118 " درجة فما فوق . وقد تجلى ذلك القلق في تركيز الإنتباه على الوقائع السلبية وتضخيمها والمبالغة فيها من جهة وفي الإدراك السلبي للتجارب الحياتية من جهة أخرى . وقد بلغت درجة القلق مبلغا شديدا جعلت الحالات تتسم باليأس ولا تتوقع أي تغيير إيجابي . ولعل هذا الإرتباط بين القلق والصداع هو الذي دفع العديد من المعالجين السلوكيين إلى إستخدام تقنية الإسترخاء (ولب " Wolpe " عام 1968) وتقنية التغذية المرتدة (بوزيدونسكي " Buzudunsky " عام 1972) مع الأفراد الذين يعانون من الصداع ، وهو الذي جعل العديد من المعالجين المعروفين يستخدمون ستراتيجيات خاصة تهدف إلى التدريب على التحكم في القلق مع هذه الفئة .

وإنطلاقا من نتائج الدراسات التقويمية لهذه التقنيات والستراتيجيات في علاج الصداع ، تركز الهدف الأساسي للبحث الحالي في تقديم علاج نفسي للقلق بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الصداع التوتري المزمن بغرض إختبار الفرضية التي نفادها أن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع . وقد قادت التدخلات النفسية بغض النظر عن نوع العلاج (العلاج البؤري والعلاج المعرفي السلوكي) وبغض النظر عن التقنيات المستخدمة في كل نوع من هذين النوعين المختلفين من العلاج إلى تغيرات إيجابية كبيرة بالنسبة لجميع الحالات دون إستثناء وعلى جميع المستويات ، والجدول رقم (16) يوضح ذلك بالتفصيل ، حيث تشير المعلومات الواردة في الجدول المذكور أن التحسن قد ظهر بوضوح منذ الوهلة الأولى للتدخل السيكولوجي ، من خلال تقنية المراقبة الذاتية ، في إنخفاض عدد نوبات الصداع وشدة هذه النوبات ، واستمر هذا الإنخفاض بصورة تدريجية خلال تطبيق البرامج العلاجية النفسية ، كما تجلى هذا التحسن من خلال إمتناع الغالبية العظمى من الحالات عن تناول الأدوية المضادة للصداع . ولعل كل هذا التحسن أو التغير الإيجابي يعتبر مؤشرا لوجود القلق عند الأفراد الذين يعانون من الصداع ، حيث قاد العلاج النفسي للقلق إلى إنخفاض نشاط الصداع بصورة عامة ، الأمر الذي يدعم صحة الفرضية الأولى للبحث والقائلة بأن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .



الشكل رقم (١٦): مستوى التضايق من الصداع: - ▨ قبل العلاج -□ أثناء العلاج - ▩ عند نهاية العلاج.

وتجدر الإشارة إلى أن التدخلات السيكولوجية لعلاج القلق لم يقتصر أثرها على تخفيض نشاط الصداع بل تعداه إلى التخفيف من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع مثل الإكتئاب والتقدير الواطيء للذات والفعالية الذاتية المنخفضة [1] ، الأمر الذي يدعم صحة الفرضية المذكورة ويعززها ، كما يدعم ويعزز صحة الفرضية الثانية من البحث التي تقول أن لكلا العلاجين المعرفي السلوكي والبؤري آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع . ولعل ذلك يعود إلى التشابه الملحوظ بين ميكانزمات الألم وميكانزمات القلق وفقا للتناولات النظرية المختلفة ، فكلاهما يشيران إلى وجود التهديد الخارجي أو الداخلي ، وكلاهما يقودان إلى نعاناة شديدة ترتبط بالمعارف والأفكار والمشاعر التي إكتسبها الفرد عن طريق الخبرات والتجارب السابقة التي عاشها ، فضلا عن تشابه القلق والصداع في المآل " Prognosis " حيث تؤول الحالتان إلى الإرزمان نتيجة لدوام وجود المؤثر أو إستمراره . وقد يكون هذا التشابه الكبير في الميكانزمات هو الذي يجعل الأفراد الذين يعانون من القلق يقدمون أعلى نسبة من الصداعيين (الأفراد الذين يعانون من الصداع) ، وهذا يعني أن هناك تأثيرا متبادلا بين الصداع والقلق ، الأمر الذي يعمل على جعل العلاج النفسي للقلق ينعكس بطريقة إيجابية ومباشرة على الصداع .

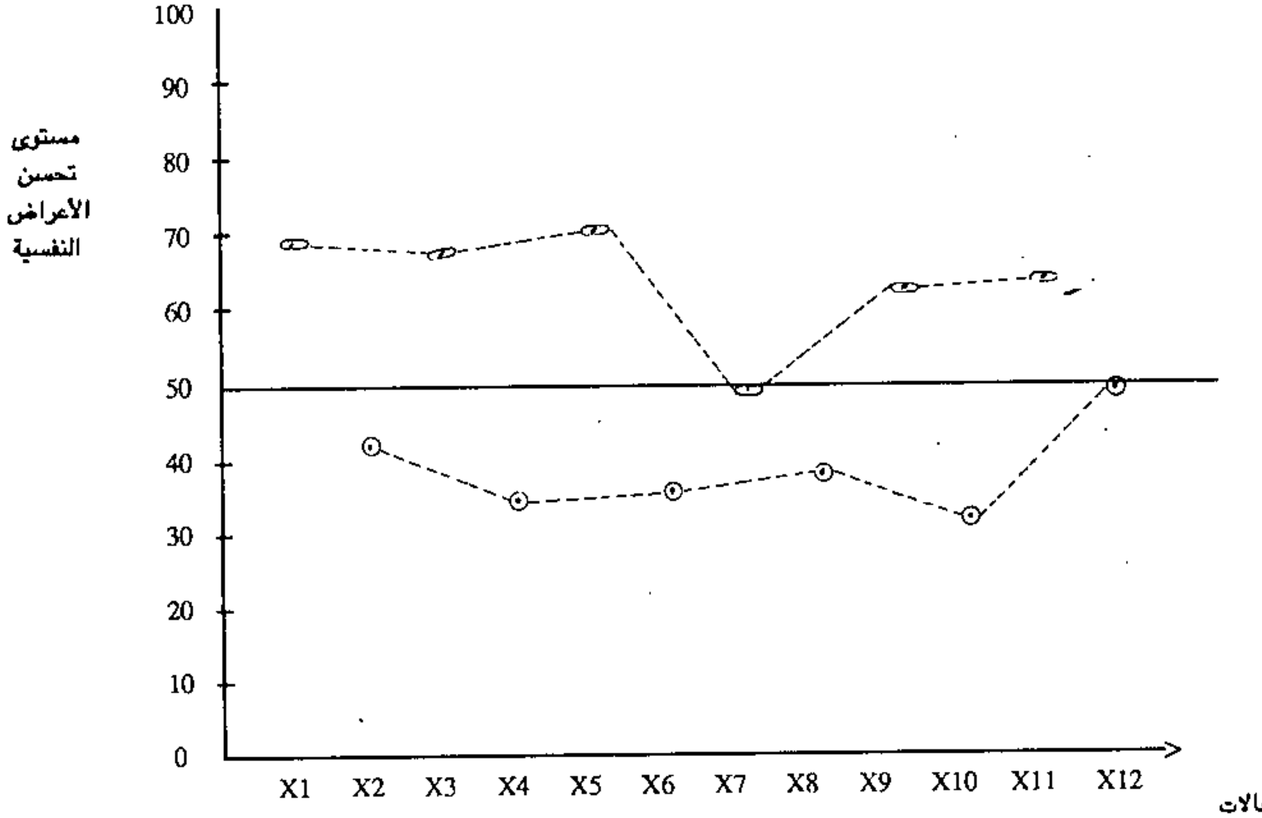
وبما أن أهداف البحث الحالي لم تقتصر على إختبار صحة هاتين الفرضيتين بل سعت إلى التعرف على مدى فعالية نوعين من العلاج النفسي ، العلاج البؤري المستوحى من التحليل النفسي والعلاج المعرفي السلوكي بخصوص نشاط الصداع من جهة وبخصوص العوامل المصاحبة له من جهة أخرى . وقد تم إختبار هذين النوعين من العلاج النفسي دون غيرهما من أنواع العلاج الأخرى نظرا لأن العلاج البؤري هو العلاج النفسي الأكثر شيوعا بين الممارسين العياديين في المجتمع الجزائري ونظرا لأن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج النفسي الأكثر شيوعا في السنوات الأخيرة بين الممارسين والباحثين في أقطار عديدة من العالم وخصوصا في العالم المتقدم في هذا المجال ، فضلا عن النتائج الإيجابية العديدة والمتميزة التي قاد إليها إستخدام هذا النوع من العلاج النفسي مع الأفراد الذين يعانون من الصداع بأشكاله المختلفة حيث بينت نتائج الدراسات التقويمية أنه يتفوق على معظم أنواع العلاج الأخرى في هذا المجال .

---

(1) : أنظر جدول رقم (17)

وتوضح المعلومات التفصيلية الواردة في الشكل رقم (17) أن هناك فروقا واضحة بين نوعي العلاج في مدى فعاليتهما في التخفيف من الأعراض النفسية المصاحبة للصداع ، حيث ظهر أن العلاج المعرفي السلوكي يتفوق على العلاج البؤري في مجال القلق حيث يوضح الرسم لبياني رقم (18) الذي يقيس مستويات القلق (درجته) قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج بالنسبة لجميع الحالات المدروسة ، خمس حالات من المجموعة التي تعرضت للعلاج المعرفي السلوكي تقع فوق الخط الوسيطي وهو المستوى الأدنى للتحسن العيادي وفقا للدراسات السابقة الذي يقدر بـ 50 ٪ ، بينما وقع مستوى التحسن في هذا الصدد بالنسبة لجميع الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري تحت الخط الوسيطي هذا أو دونه . ولعل الأمر الذي يعزز تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج البؤري في هذا المجال هو أن الحالة الوحيدة التي تعرضت للعلاج السلوكي المعرفي والتي وقع مستوى تحسنها دون الخط الوسطي ، كان مستوى التحسن عندها أعلى من جميع الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري .

وتجدر الإشارة هنا أن الحالة التي تميزت بأعلى مستوى من التحسن في القلق هي نفسها التي تميزت بالإنخفاض الأعلى لنشاط الصداع ، كما أن الحالة التي تميزت أو حصلت على أدنى مستوى من التحسن في القلق هي نفسها التي احتلت المرتبة الأخيرة في إنخفاض نشاط الصداع من حيث عدد النوبات وشدة النوبات . وقد تعتبر الحالتان المتطرفتان عن عمق الإرتباط بين القلق والصداع وتعزز الفرضية الأولى للبحث وتدعمها مرة أخرى . ومع ذلك فإن مثا هذا الإرتباط الكامل لم يظهر بالنسبة لجميع الحالات المدروسة وقد يعود ذلك إلى عوامل أخرى لم يتناولها البحث الحالي بالدراسة ، لذلك يمكن أن تشكل موضوعا لدراسة قادمة حيث تظهر المعلومات الواردة في الجدول (18) أن مستوى القلق قبل العلاج لم يكن عاملا محددا لمستوى التحسن بعد العلاج . وهكذا تفتح نتائج الدراسة الحالية آفاقا جديدة لبحوث قادمة محددة الفرضيات تعمل على إعتبار مستوى القلق المتغير التجريبي الذي تتم معالجته ، (مستوى أعلى ومستوى متوسط ومستوى منخفض) ، وتتبع آثاره في المتغير التابع – نشاط الصداع .



علاج سلوكي – معرفي

علاج بؤري

⬭	⊙
X1 = 68.9 %	X2 = 41.7 %
X3 = 67.6 %	X4 = 34.5 %
X5 = 70.3 %	X6 = 35.5 %
X7 = 49.9 %	X8 = 38.7 %
X9 = 61.9 %	X10 = 32.8 %
X11 = 63.3 %	X12 = 49.1 %

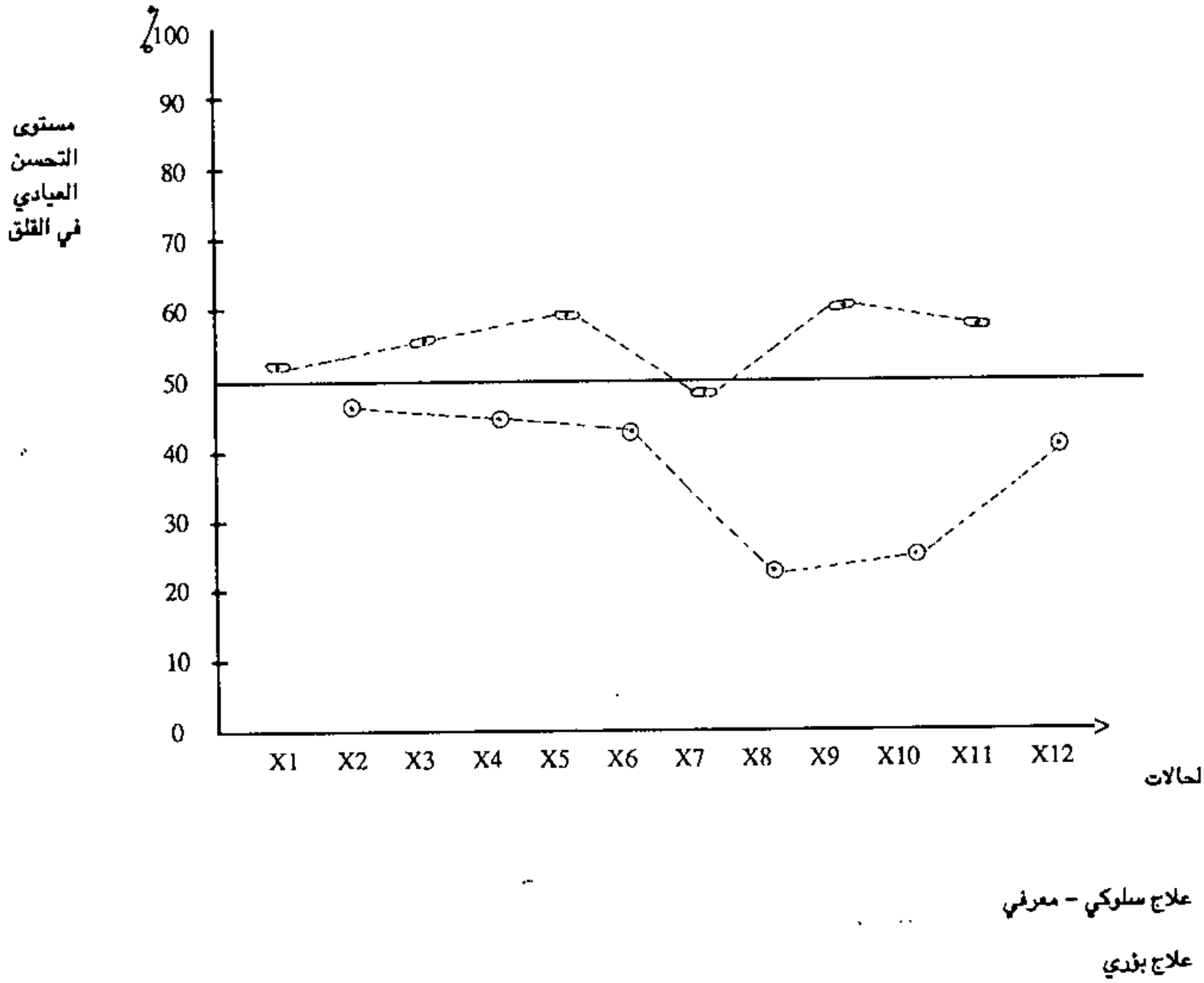
$$\text{مستوى تحسن الأعراض النفسية} = \frac{\text{مجموع المستويات (قلق + تقدير الذات + فعالية الذات + الإكتئاب)}}{4}$$

الشكل رقم (17) مستويات تحسن الأعراض النفسية عند أفراد العينة

ومع كل ذلك تبقى الآثار المتميزة للعلاج المعرفي السلوكي واضحة بالمقارنة مع آثار العلاج البؤري حيث تفوق العلاج المعرفي السلوكي تفوقا ملحوظا على العلاج البؤري في التخفيف من مستوى القلق الذي قاد إلى إنخفاض نشاط الصداع ، غير أن التحسن في مستوى الصداع لم يتحدد بمستوى القلق ، وقد يعود ذلك إلى عوامل أخرى مثل تقدير الذات وفعالية الذات أي التقييمات والتوقعات والتي أثبتت دراسات عديدة دورها الفعال في الصحة والإضطراب حيث تقود التقييمات الإيجابية للذات والتوقعات الفعالة إلى زيادة قدرة الإنسان على التحكم في مواقف الضغط التي يتعرض لها في حياته اليومية كما توفر له القدرة على مواجهة المشكلات بفعالية كبيرة وبنجاح ، أي أنها تعزز عنده مهارات المقاومة " Coping Skills " أو مهارات التصدي للمشكلات والنجاح فيها . في حين غالبا ما تقود التقييمات والتوقعات السلبية إلى أنواع عديدة من الإضطرابات إذ أنها تضعف قدرة الفرد على التحكم في مواقف الضغط وتضعف القدرة على التصدي للمشكلات بفعالية ونجاح (دراسات هلرويد وجماعته " Holroyd & al " عام 1977، 1978، 1986، 1991) .

وانطلاقا من كل ذلك سعى البحث الحالي إلى تقييم تقدير الذات إعتمادا على مقياس روزنبرج لتقدير الذات ، عند جميع أفراد عينة البحث (المجموعتان) . وتوضح النتائج التي تم الحصول عليهافعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل التقدير الواطىء للذات ، حيث أن جميع الحالات التي تعرضت للعلاج المعرفي السلوكي ، أظهرت مستويات أعلى من التحسن في هذا المجال بالمقارنة مع الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري بغض النظر عن مستوى تقدير الذات قبل العلاج .

ونظرا للإرتباط الوثيق بين تقدير الذات وفعالية الذات حيث أن التقدير الواطىء للذات يؤثر تأثيرا سلبيا على التوقعات ، إذ وجدت دراسات روزنهان وسيلجمان " Rosenhan & Seligman " عام 1986 أن وجود التقدير الواطىء للذات يجعل



X1 = 52.5 %	X2 = 47.0 %
X3 = 56.1 %	X4 = 45.4 %
X5 = 59.4 %	X6 = 43.5 %
X7 = 48.3 %	X8 = 23.5 %
X9 = 60.9 %	X10 = 26.3 %
X11 = 58.3 %	X12 = 41.4 %

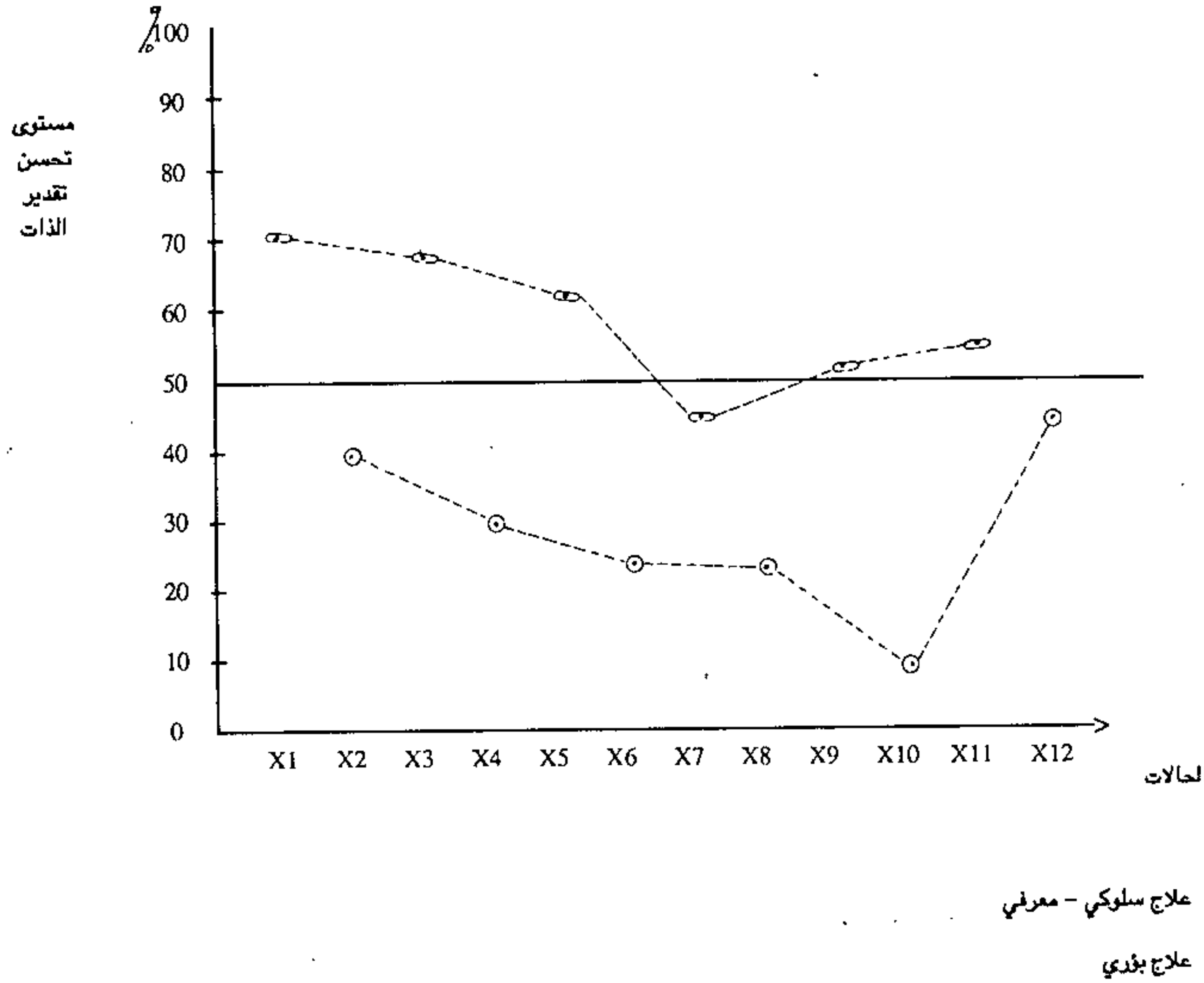
$$\text{مستوى تحسن العيادي للقلق} = \frac{100 \times [\text{(مستوى القلق قبل العلاج)} - \text{(مستوى القلق بعد العلاج)}]}{\text{مستوى القلق قبل العلاج}}$$

الشكل رقم (18) مستوى التحسن لحالة / سمة القلق عند أفراد العينة

الأفراد الذين يعانون من الصداع غير قادرين على القيام بالنشاطات الفعالة ، الأمر الذي يدعم إنخفاض فعالية الذات ويعزز النظرة التشاؤمية للمستقبل ، لذلك سعى البحث الحالي إلى التعرف على مدى فعالية العلاجين (المعرفي السلوكي والبؤري) في زيادة في فعالية الذات و الشعور بالتمكن الشخصي " Sense of personal control " ، من خلال مقياس شيرير " Sherer " . كما أثبتت دراسات باندورا " Bandura " المتعددة والتي إستعرضها في إحدى مقالاته عام 1991 ، ان معتقدات الأفراد في قدراتهم الذاتية تؤثر في ردود أفعالهم إزاء الضغوط والتوترات التي يواجهونها . كما أن أحكام الأفراد حول قدراتهم الذاتية في السيطرة على المواقف التي يتعرضون لها ، تعتبر محددا لسلوكاتهم . لذلك خلص إلى ضرورة تعزيز وتدعيم الفعالية الذاتية في علاج مختلف الإضطرابات النفسية . وقد أثبتت دراسات هلرويد وجماعته " Holroyd & al " عام 1991 أن معتقدات الفرد حول الفعالية الذاتية تؤثر في قدرته على السيطرة على الصداع المزمن وفي قدرته على التحكم في الوقائع التي تستثيره .

ويوضح الرسم البياني رقم (20) الآثار العلاجية لنوعي العلاج الحرفي السلوكي والبؤري في هذا المجال ، والتي تظهر مرة أخرى كيف تتفوق ستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته على ستراتيجيات وتقنيات العلاج البؤري في زيادة فعالية الذات خصوصا بالنسبة للأفراد الذين كانوا يستمعون بفعالية واطئة للذات قبل العلاج .

وتتماثل نتائج البحث الحالي في هذا العدد مع ما توصلت إليه دراسة هلرويد وجماعته " Holroyd & al ; " عام 1991 حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في إنتاج تغيرات ملحوظة على معتقدات فعالية الذات ، حيث بين الأفراد الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي في البحث الحالي وفي بحث هلرويد وجماعته ، أنهم أصبحوا يمتلكون التقنيات التي تجعلهم قادريت على التحكم في نشاط الصداع وفي العوامل المصاحبة له كما بيتوا أيضا أن المتغيرات التي تتحكم في صداعهم أصبحت تحت تحكمهم أي أنهم أصبحوا قادرين على التحكم فيها . في حدود قدراتهم الذاتية .



X1 = 70.3 %	X2 = 40.0 %
X3 = 68.0 %	X4 = 30.7 %
X5 = 62.5 %	X6 = 25.0 %
X7 = 45.4 %	X8 = 24.0 %
X9 = 52.0 %	X10 = 8.3 %
X11 = 55.5 %	X12 = 44.4 %

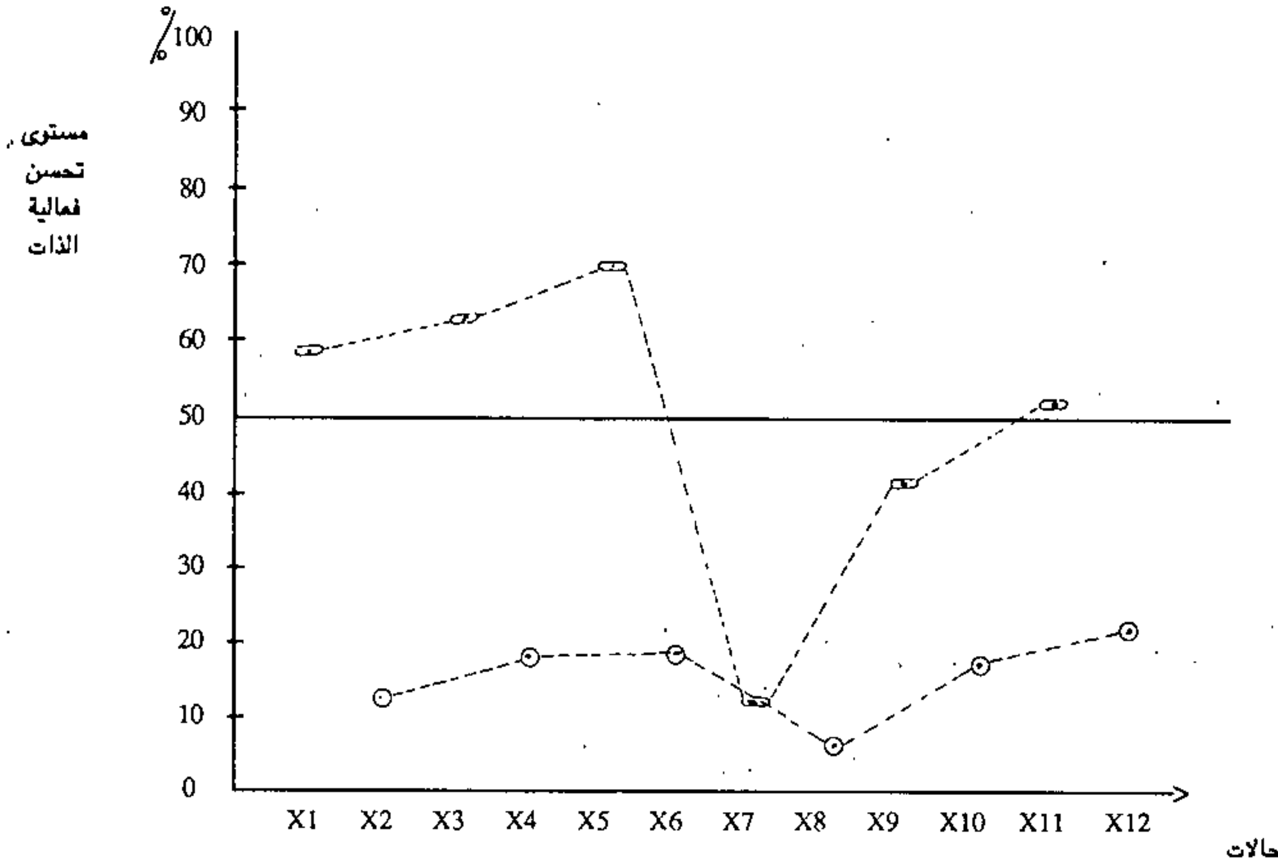
مستوى التحسن لتقدير الذات = [مستوى تقدير الذات بعد العلاج – مستوى تقدير الذات قبل العلاج] × 100 / مستوى تقدير الذات قبل العلاج

الشكل رقم (19) مستوى تحسن تقدير الذات عند أفراد العينة

وقد سعى البحث الحالي أيضا إلى التعرف على مدى فعالية العلاجين في التخفيف من الإكتئاب حيث يمكن أن يمثل الصداع المزمن حالة من الإكتئاب المقنع (المرجع نفسه) كما أن هناك عددا كبيرا من الباحثين يرى أن هناك إرتباطا وثيقا بين القلق والإكتئاب بغض النظر عن النماذج النظرية التي ينتمون إليها حيث أكد فرويد " Freud " ذلك عام 1926 ويرى " Szasz " أن الإستجابة للألم تتحول من القلق إلى الإكتئاب عندما يفقد الفرد الأمل في الشفاء كما يؤكد المعرفيون ذلك أمثال بيك عام 1979 وبيك وايمري " Beck & Emery " عام 1985 .

وقد تم تقدير الإكتئاب إعتمادا على مقياس بيك للإكتئاب ، والرسم البياني رقم (21) يوضح مستويات التحسن في هذا المجال بالنسبة لجميع الحالات المدروسة . وتشير هذه البيانات إلى أن مستويات التحسن عند كلا المجموعتين جاءت متقاربة ، وقد يعود ذلك إلى أن غالبية الحالات المدروسة لم تكن تعاني من إكتئاب شديد قبل العلاج ، وقد يعود تحسن المجموعة التي تلقت العلاج البؤري في هذا المجال إلى دور التعبير عن المعاناة والآلام وإلى وجود شخص يستمع إلى المعاناة والشكوى الأمر الذي ساعد على زرع الأمل في نفوس هذه المجموعة .

ومن خلال كل هذه النتائج ، يظهر أن هناك آثارا إيجابية على مستوى جميع الأعراض النفسية المدروسة ، المصاحبة للصداع تأتت عن التدخلات النفسية (العلاج المعرفي السلوكي والعلاج البؤري) غير أن مستوى هذه الآثار الإيجابية يختلف بإختلاف نوع العلاج المستخدم (التقنيات) حيث تفوقت التقنيات والستراتيجيات المعرفية السلوكية على التقنيات المستوحاة من التحليل النفسي بالنسبة لجميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع بإستثناء الإكتئاب الذي جاءت نتائجه متشابهة .



علاج سلوكي – معرفي

علاج بؤري

X1 = 59.0 %	X2 = 13.1 %
X3 = 63.1 %	X4 = 19.4 %
X5 = 70.5 %	X6 = 20.0 %
X7 = 13.3 %	X8 = 7.5 %
X9 = 42.4 %	X10 = 19.0 %
X11 = 52.1 %	X12 = 22.7 %

$$\text{مستوى تحسن فعالية الذات} = \frac{100 \times [\text{مستوى فعالية الذات بعد العلاج} - \text{مستوى فعالية الذات قبل العلاج}]}{\text{مستوى فعالية الذات قبل العلاج}}$$

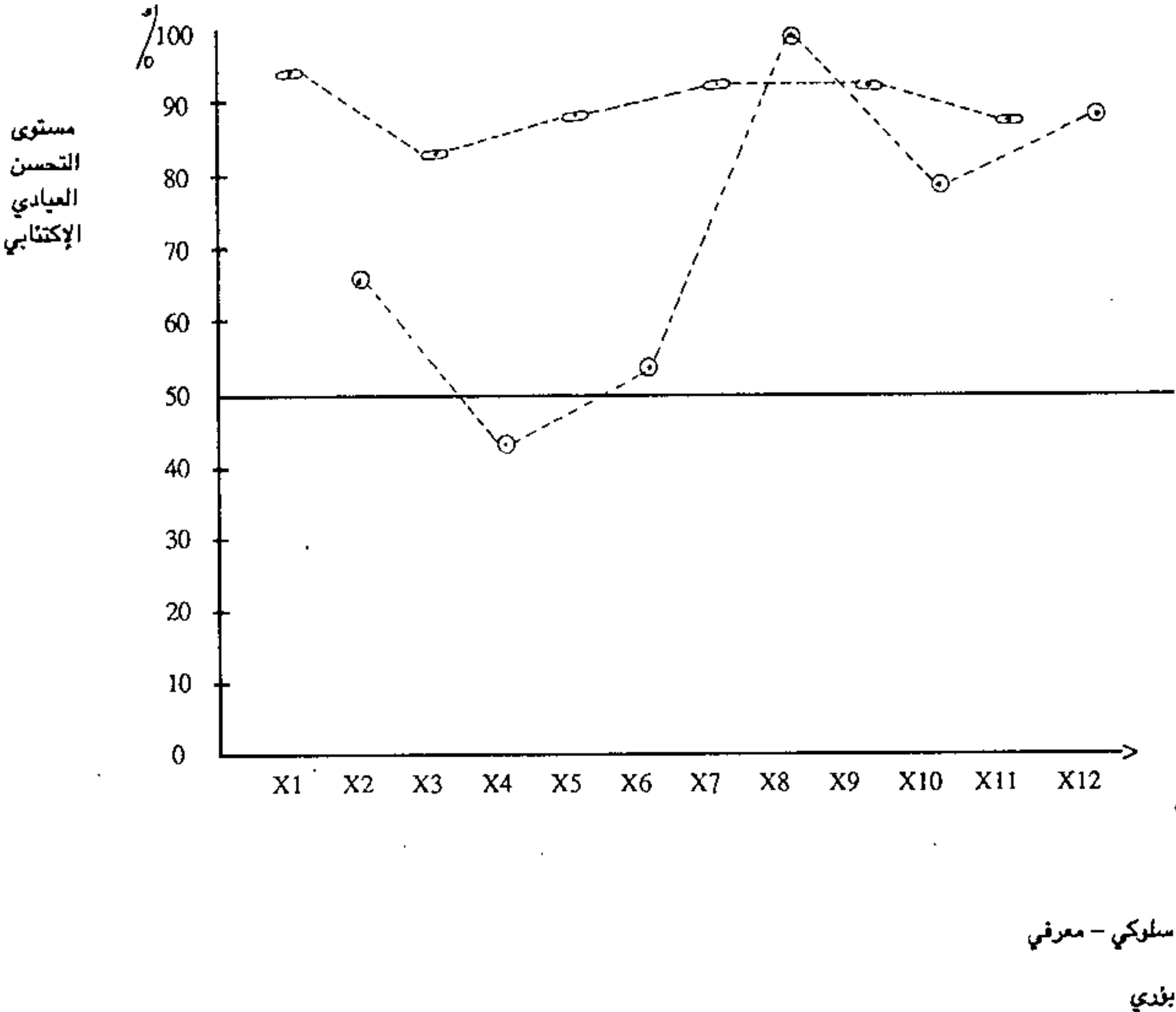
الشكل رقم (20) مستوى التحسن لفعالية الذات عند أفراد العينة

كما تتضح فعالية العلاجين في التخفيف من نشاط الصداع والشكل البياني رقم (22) يوضح ذلك . ومرة أخرى يظهر تفوق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على العلاج البؤري في تقليص نشاط الصداع وفي الحد منه ، حيث أن مستويات التحسن العيادي تقع كلها فوق الخط الوسطي (مستوى التحسن أكثر من 50 ٪) بالنسبة للحالات التي تعرضت للعلاج المعرفي السلوكي ، بينما يقع نصف عدد الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري دون مستوى الخط الوسطي الذي يعتبر الحد الأدنى لنجاح العلاج .

وهكذا تتدعم فرضية البحث الثالثة التي مفادها أن مستوى التحسن العيادي يرتبط بنوع التقنيات العلاجية المستخدمة .

وتجدر الإشارة إلى أن نتائج البحث الحالي قد تجاوزت الفرضية المسطرة هذه إلى توضيح الفروق في مدى فعالية هذين العلاجين بالنسبة لنشاط الصداع (عدد النوبات وشدتها) وبالنسبة للأعراض النفسية المصاحبة للصداع حيث تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج البؤري في تقليص نشاط الصداع وفي التخفيف من الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

وقد يعود ذلك إلى أن العلاج المعرفي السلوكي لا يكتفي بتوعية العميل بمشكلاته وتحليلها بل يقدم له التقنيات التي تساعده في التحكم في هذه المشكلات وفي مواجهتها وبمواجهتها بنجاح ، إذ رغم ما يوفره الإستبصار بالمشكلة وتقبلها ورغم ما يوفره التعبير الحر عن المشاعر المكبوتة غير المرغوب فيها في التأثير على حالة العميل إلا أن توفير الوسائل أو التقنيات العملية لمواجهة المشكلات والتحكم فيها وتوفير الضبط الذاتي يعمل على إحداث تغيرات جذرية في الحالة النفسية للعميل ويزوده بالقدرة على التصدي لمواجهة الضغوط الحياتية المختلفة حيث يمكن إستخدام هذه التقنيات التي تعلمها في مواجهة معظم المشكلات الحياتية التي يمكن أن يتعرض لها مستقبلا .



X1 = 93.9 %	X2 = 66.6 %
X3 = 83.3 %	X4 = 42.8 %
X5 = 88.8 %	X6 = 53.8 %
X7 = 92.8 %	X8 = 100 %
X9 = 92.3 %	X10 = 77.7 %
X11 = 87.5 %	X12 = 87.5 %

مستوى تحسن الإكتئاب = 100 × [مستوى الإكتئاب قبل العلاج – مستوىالإكتئاب بعد العلاج] / مستوى الإكتئاب قبل العلاج

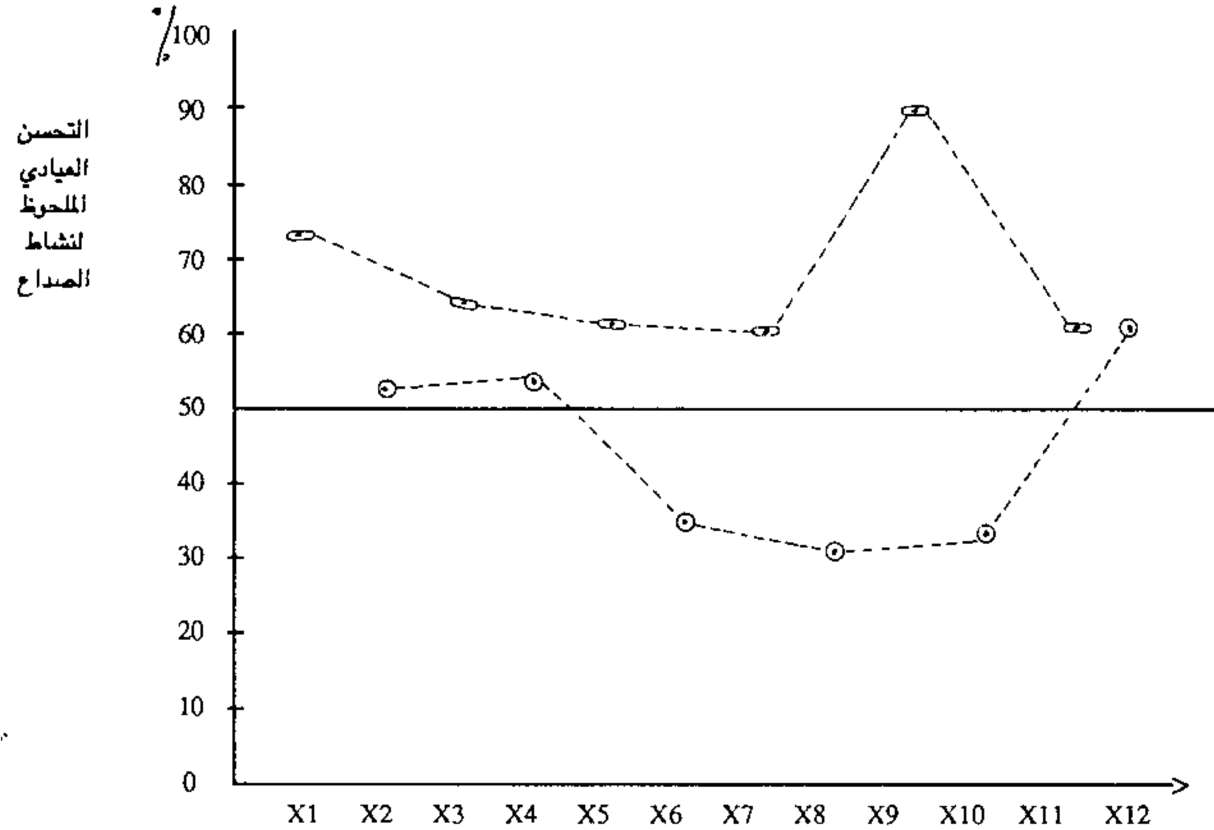
الشكل رقم (21) مستوى تحسن الإكتئاب عند أفراد العينة

وتتماثل نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسات عديدة في هذا المجال كلها أكدت الفعالية الكبيرة للعلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الصداع المزمن أو في القضاء عليه، منها دراسات بلانشارد وجماعته عام 1991 ودراسات هلرويد وجماعته عام 1991 .

وقد إقترحت هذه الدراسات ضرورة العمل على تكثيف التمارين المنزلية ، علما أن الباحثة قد عملت جاهدة على الإلتزام بهذه التوصية وشجعت المرضى (الحالات) على القيام بها ، الأمر الذي جعل الحالات تشعر بالقدرة على التحكم بدلا عن الإكتفاء بتحملها أو الإعتماد على المعالج في التخلص منها ، وقد عززت هذه المشاعر التقييمات الإيجابية للحالات حول ذاتها كما دعمت وزادت من فعالية ذواتهم أي زودتهم بالتوقعات الإيجابية الفعالة ، الأمر الذي ساهم في إحداث التحسن الكبير على جميع المستويات .

ولعل تفوق العلاج المعرفي السلوكي يعود إلى دور تقنية الإسترخاء في التخفيف من القلق إذ أنها قدمت للمجالات إحساسا بقدرتهم على التأثير في أجسامهم وفي التحكم فيها حيث بينت دراسة " Andrasik " عام 1981 أن تقنية الإسترخاء قادرة على أحداث التغير الفيزيولوجي الإيجابي كما أن إستعمال هذه التقنية عند ظهور العلامات الموحية بالقلق يمكن تشبيهه بإستعمال درع الأمان لحماية الجسد من الضربة التي توجه له ، فإحساس الفرد بأنه يمتلك درع الأمان يختلف حتما عن إحساس الفرد الذي يعتقد بأنه لا يمتلك مثل هذا الدرع .

وقد يعود تفوق العلاج المعرفي السلوكي إلى دور المراقبة الذاتية كتقنية علاجية سلوكية معرفية في حصر أفكار العميل التي تسبق ظهور نوبات الصداع ، حيث تتمثل الستراتيجية الأولى للعلاج المعرفي في التعرف على الأفكار التي تسبق ظهور السلوك المشكل والتحقق من صحتها وعقلانيتها لكي تبدأ الستراتيجية الثانية التي تقوم على إستبدال الأفكار المعتلة والسلبية بأفكار إيجابية وصحيحة ومنطقية .



علاج سلوكي – معرفي

علاج بؤري

X1 = 73.5 %	X2 = 52.6 %
X3 = 64.4 %	X4 = 54.5 %
X5 = 61.8 %	X6 = 36.6 %
X7 = 60.8 %	X8 = 31.7 %
X9 = 91.6 %	X10 = 33.8 %
X11 = 62.6 %	X12 = 60.8 %

$$\text{مستوى تحسن الصداع} = \frac{[\text{نشاط الصداع قبل العلاج} - \text{نشاط الصداع بعد العلاج}]}{\text{نشاط الصداع قبل العلاج}}$$

الشكل رقم (22) مستوى التحسن العيادي الملحوظ لنشاط الصداع عند أفراد العينة

علما أن تقنية المراقبة الذاتية قد تم إستخدامها مع جميع الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري والحالات التي تعرضت للعلاج المعرفي السلوكي ، بإستثناء حصر الأفكار الذي إقتصر على الحالات التي تعرضت للعلاج المعرفي السلوكي ، لذلك يمكن إفتراض أن جزء من التحسن الذي ظهر على الحالات التي تعرضت للعلاج البؤري يعود إلى إستخدام تقنية المراقبة الذاتية قبل العلاج وخلال المسار الكلي للعلاج ، لذلك سمحت التسجيلات لهؤلاء الأفراد بزيادة وتعميق الإستبصار بالمشكلة (المعاناة) كما سمحت لهم بالتعرف على المواقف التي تستثير الصداع والآليات الدفاعية التي يستخدمونها حين التعرض للقلق .

وقد يعود السبب الحقيقي والفعلي لتفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج البؤري إلى ستراتيجية إعادة البناء المعرفي التي تجعل العميل يمتلك أطر معرفية جديدة تساعده على مواجهة مواقف الضغط وتمكنه من التحكم فيها عن طريق تعديل جميع أخطاء المنطق وتعديل التقييمات والتوقعات والإنتسابات والمعتقدات حول المحيط وحول العالم والمستقبل . وقد لوحظ أن العديد من الحالات تحدثت عن التحسن الذي يرجع إلى تغيير أفكارهم النابعة من داخلهم والتي لا ترجع إلى المحددات الموقفية ذاتها ، حيث لم تتغير الوضعيات – المواقف – بل تغيرت نظرة الحالات لهذه المواقف وتغيرت إدراكاتها لها . ويعبر كل ذلك عن إكتساب هذه الحالات تقدرات التحكم بالعوامل المحيطية والمعرفية حيث أصبحت لها منظورات جديدة وأصبحت تمتلك طرقا جديدة في التفكير الأمر الذي قاد بدوره إلى تغييرات جذرية في تقدير الذات وفي فعالية الذات كما ساهم في تغيير إتجاهات الحالات نحو الآخرين ونحو المحيط ونحو المستقبل .

وهكذا يتضح أن العمل في البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي قد تم على مستويين أحدهما خاص بالقلق المحرك الأساسي للصداع والثاني بالعوامل التي تعمل على تثبيت القلق مثل التقدير الواطيء للذات والفعالية الذاتية المنخفضة والإكتئاب . ومع ذلك ظهرت بعض

الفروق بين الحالات التي تعرضت لهذا النوع من العلاج ، في مدة الإستجابة للعلاج إذ بدت بوادر التحسن لدى البعض منذ الحصص الأولى للعلاج بينما ظهرت لدى بعضهم الآخر بعد خمس حصص ، وقد يرجع ذلك إلى عوامل عديدة مثل درجة صلابة التفكير وعمق المعتقدات من جهة وعمق الخلل أو التشوه في تقدير الذات وفي فعالية الذات . كما قد يعود ذلك إلى أن بعض الحالات أكثر قابلية للإقتناع من غيرها لأنها أقل تشددا في إعتقاداتها على نقيض الحالات الأخرى التي كانت على درجة كبيرة من الإقتناع بمعتقداتها وتقييماتها وتوقعاتها الأمر الذي صعب من مهمة الباحثة واستدعى جهدا أكبر .

وهكذا تلتقي نتائج البحث الحالي مع المنطلقات النظرية للنموذج البيوسيكواجتماعي الذي تم تبنيه في النظر إلى الصداع التوتري المزمن بأبعاده البيولوجية والنفسية والإجتماعية ، حيث أثبتت التداخل والتفاعل بين جميع هذه الجوانب في نشوء المرض وفي دوامه أو إستمراره ، وأثبتت الوحدة النفسية الجسمية للإنسان في الصحة والمرض ، ووضحت ضرورة عدم إقتصار التدخلات النفسية على الإضطرابات النفسية الصرفة وبينت ضرورة الإهتمام بالجانب النفسي للإضطرابات البدنية . كما تلتقي أيضا بالمنطلقات المعرفية السلوكية في علاج هذا الإضطراب من الناحية الأخرى ، وهي تدعم نتائج الدراسات السابقة في هذا الموضوع ، كل ذلك إعتمادا على إجراءات تجريبية موضوعية قامت على التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد الذي تم من خلاله إختبار صحة الفرضيات الثلاث والذي قام أساسا على التقديرات المتكررة " Replication " قبل العلاج وأثناء العلاج ، حيث يعتبر التكرار والتقديرات الدورية المنتظمة ميكانزم الضبط الأساسي الذي يعمل على إستبعاد أثر العوامل الخارجية في النتائج ، وهذا يعني أن التصميم المستخدم في البحث قد وفر الضبط

التجريبي عن طريق التقديرات (القياسات) الدورية المتكررة والخطوط القاعدية المتعددة ، الأمر الذي ساعد على التحكم في الفرضيات البديلة أو المنافسة وحقق الصدق الداخلي والخارجي وأكد ثبات فعالية العلاج .

الخاتمة :

صمم البحث الحالي لإختبار صحة الفرضيات الآتية :

1 – ان العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة على الصداع .

2 – إن لكلا العلاجين (المعرفي السلوكي والبؤري) آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع .

3 – إن مستوى التحسن يرتبط بنوع التقنيات المستخدمة .

إعتمادا على التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد وبالتحديد على التصميم الدوري المعتمد على التقديرات المتتابعة والمتكررة قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد إنتهاء العلاج . حيث تم القيام بتقديرات دورية ومتكررة ومنتظمة قبل إدخال البرنامج العلاجي الذي يمثل المتغير المستقل لمدة أربعة أسابيع متتالية عن طريق تقنية المراقبة الذاتية للحصول على الخطوط القاعدية للمتغير التابع الأول الذي تحدد بنشاط الصداع التوتري المزمن (عدد نوبات الصداع وشدة النوبات) ، كما تم تقديم بطارية من المقاييس للتعرف على التقديرات الأولية (الخطوط القاعدية) التي تمثل المتغير التابع الثاني والذي تحدد بالأعراض النفسية المصاحبة للصداع والمتمثلة في القلق والإكتئاب وتقدير الذات وفعالية الذات ، إعتمادا على مقاييس سبيلبرجر " Spielberger " لقياس القلق وروزنبرج " Rosenberg " لتقدير الذات وشيرير " Sherer " لتقدير فعالية الذات وبيك " Beck " لتقدير الإكتئاب .

وبعد إدخال البرنامجين العلاجيين على مجموعتي البحث حيث حصلت المجموعة الأولى على علاج نفسي معرفي سلوكي واستفادت المجموعة الثانية من العلاج البؤري المستوحى من التحليل النفسي ، تم القيام بعملية إعادة تقدير دورية ومنتظمة ومتواصلة قادت إلى سلسلة من التقديرات المتتابعة طوال مسار العلاج تمثل خطا مستمرا يبدأ بالتقدير الأولي ويستمر حتى التقدير النهائي الذي تم بعد إنتهاء العلاج ، الأمر الذي سمح بإجراء المقارنات المختلفة المتعلقة بالآثار التي أحدثتها التدخلات العلاجية .

وأنطلق البحث تشخيصا وعلاجا من التناول النفسي البيولوجي الذي يؤكد الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض والذي ينطلق من إفتراضين أساسيين ، أولهما أن وجود الخلل البيولوجي لا يستبعد أثر المتغيرات النفسية في حدوث المرض حيث تلعب المتغيرات النفسية دورا كبيرا في تثبيت المرض واستمراره ومعاودته ، وثانيهما يفيد بأن لكل مرض جسمي جانب سيكولوجي .

أما أدوات البحث فتمثلت في المقابلة العيادية والمراقبة الذاتية وبطارية المقاييس المذكورة سابقا ، علما بأن هذه الأدوات كانت وسائل للتقدير وللعلاج وللتقويم . وتكونت عينة البحث من (12) حالة تم تقسيمها إلى مجموعتين متماثلتين في العدد وفي بعض الخصائص الديموغرافية والإجتماعية مثل السن والجنس والحالة العائلية والمستوى الإجتماعي والإقتصادي والمستوى التعليمي . إستفادت المجموعة " أ " من العلاج السلوكي المعرفي وأستفادت المجموعة " ب " من العلاج البؤري .

ويمكن تلخيص النتائج التي تم الوصول إليها بما يأتي :

1 – تبدو الحالات المدروسة في الخط القاعدي (التقديرات الأولية) تعاني من القلق بشكل ملحوظ كانت له مظاهر متعددة معرفية وانفعالية وسلوكية وجسمية وعلائقية محاطة بالشعور بالتهديد والفشل وعدم الثقة بالنفس ، وقد ظهرت جميع هذه المظاهر من خلال جميع التقنيات أو الأدوات المستخدمة حيث عبرت عنها المقابلات العيادية والمراقبة الذاتية ومقياس سبيلبرجر " Spielberger " الأمر الذي يشير إلى الإرتباط بين القلق والصداع التوتري المزمن . وبعد تطبيق العلاج النفسي للقلق (العلاج المعرفي السلوكي والعلاج البؤري) ظهرت تغيرات إيجابية كبيرة على نشاط الصداع قادت إلى تقليص عدد النوبات وإنخفاض شدتها عند جميع الحالات المدروسة دون إستثناء .

وهكذا تحققت الفرضية الأولى للبحث القائلة بأن العلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة وإيجابيا على الصداع .

2 – تحققت الفرضية الثانية للبحث القائلة أن لكلا العلاجين (المعرفي السلوكي والبؤري) آثار إيجابية على الأعراض النفسية المصاحبة للصداع ، حيث أظهرت النتائج كيف قاد العلاجان (المعرفي السلوكي والبؤري) إلى التخفيف الملحوظ من جميع الأعراض النفسية المصاحبة للصداع والمتمثلة في القلق والتقدير الواطىء للذات والفعالية الذاتية المنخفضة والإكتئاب .

3 – تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج البؤري بالنسبة لنشاط الصداع من جهة وبالنسبة للأعراض المصاحبة له من جهة أخرى ، حيث ظهرت الفروق بين العلاجين من خلال جميع التقنيات المستخدمة في تقدير فعالية العلاج (المراقبة الذاتية – التسجيلات اليومية – والمقابلة العيادية وبطارية المقاييس) ، الأمر الذي يشير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصداع التوتري المزمن ويدعم نتائج دراسات بلانشارد وجماعته " Blanchard & al " في العشرية الأخيرة والتي أثبتت جميعها تفوق العلاج المعرفي السلوكي على الستراتيجيات العلاجية الأخرى ، كما يعزز نتائج دراسات هلرويد وجماعته " Holroyd & al " للأعوام 1977 ، 1978 ، 1986 ، 1988 ، 1991 .

ولعل هذا التماثل بين نتائج البحث الحالي ونتائج الدراسات التي أجريت في العالم الغربي يدل على عالمية الإجراءات المعرفية السلوكية وفعاليتها الكبيرة في علاج الصداع المزمن .

وأخيرا يمكننا القول بأن نتائج البحث الحالي تعتبر خطوة أولية ورائدة في مجال التعرف على مدى فعالية نوعين من العلاج النفسي في التخفيف من آلام الصداع التوتري المزمن أو في القضاء عليه ، تعزز سلسلة البحوث المختلفة التي أجريت في مناطق أخرى من العالم وتدعم صدق وفعالية الإجراءات المعرفية السلوكية في التخفيف السريع من المعاناة التي أخفق فيها ... التدخل الطبي .

ولعل كل هذه النتائج تقدم خدمات واضحة في مجال الممارسة العيادية وفي مجال البحث الأكاديمي حيث أنها حققت إستفادة الحالات التي إشتركت في البحث من البرامج العلاجية المقدمة والذي يشكل أحد الأهداف الأساسية التي ينادي بها أعلام علم النفس العيادي أمثال شابيرو " Shapiro " الذي قال في أكثر من مقال وبحث ولسنوات طويلة أن من الضروري أن تتركز الأهداف الأساسية للبحوث في علم النفس العيادي في تقديم الخدمات العيادية لكل عميل فرد يمكن أن يشارك في البحث الأكاديمي .

ويمكن لنتائج البحث الحالي أن تعتبر دعوة إلى طلبة الجامعة الجزائرية وإلى الممارسين العياديين لتوفير جهودهم في بحث معاناة المرض والعمل على التخفيف منها بدلا من الإنصراف إلى البحث في أصول الإضطرابات إنطلاقا من إفتراضات مسبقة تعمل على وضع المعوقات في طريق عملهم وتبعثر مجهوداتهم .

ولعل هذه التناولات الجديدة تعطي نفسا جديدا لعلم النفس العيادي في المجتمع الجزائري وتمهد له الطريق للتواصل مع العالم المتقدم في هذا المجال بدلا من بقاءه سجين قيود ثقيلة قيدته بها بعض الأطر النظرية التي بدأ أصحابها في التخلي عنها منذ زمن طويل نتيجة للتطورات الكبيرة التي عرفها هذا الفرع في مجال الممارسة وفي مجال البحث الأكاديمي ، وتفتح نتائج البحث الحالي آفاقا جديدة أمام واقع الممارسة العيادية التي تحتاج إلى خلفية معرفية دقيقة وثرية بالستراتيجيات والتقنيات التشخيصية والعلاجية الجديدة التي أثبتت فعالية كبيرة في تشخيص وعلاج العديد من الإضطرابات النفسية الصرفة والمرتبطة بالأمراض العضوية ، كما تحتاج أيضا إلى معرفة واسعة بشروط وخطوات الطريقة العلمية حيث أن الممارسة العيادية ، شأنها شأن البحث الأكاديمي ، لابد أن تتم بجمكيع خطواتها في إطار الطريقة العلمية التي تخدم جوانب الممارسة الثلاثة التشخيص والعلاج والتقويم .

وهكذا يتضح في ضوء النتائج التي تم الحصول عليها ، أن الوقت قد حان لإعادة النظر الجادة في ستراتيجيات التدخل السيكولوجي في المؤسسات الصحية الجزائرية لتصبح أكثر فعالية ولتقدم أفضل الخدمات لأكبر عدد ممكن من الناس .

ولعل الأمر الذي يعطي أهمية خاصة لنتائج البحث الحالي هو تدعيم الوحدة النفسية الجسمية للإنسان والتداخل بين الجانبين النفسي والجسمي في إحداث المرض وفي إستمراره ومعاودته من جهة ، وفي الشفاء منه من جهة أخرى ، حيث أثبتت نتائج البحث الحالي أن التدخلات النفسية بإمكانها أن تعدل وتشفي مشكلات بدنية إستعصت على العلاج الصيدلاني .

وتدعم نتائج البحث الحالي نتائج بحث سابق لنيل شهادة الماجستير في الجامعة الجزائرية تناول الكفالة النفسية لمرضى العجز الكلوي المزمن ، حيث قاد التدخل المعرفي السلوكي إلى تعديل الجانب البيولوجي كاضطراب ضغط الدم وعسر الإخراج والعجز الجنسي واضطرابات التغذية والضعف الجسمي العام بالإضافة إلى القضاء على الإكتئاب (بلعزوق ، 1991 ، ص 505 – 506) .

وفي ضوء كل هذه النتائج واعتمادا على الممارسة الكلينيكية للباحثين يمكن إقتراح نموذج تصوري في الكفالة النفسية لمرضى الصداع المزمن :

تتمثل الخطوة الأولى لهذا النموذج التصوري في إقناع العميل بأن لمرضه البدني جانبا نفسيا يزيد من شدة المرض ويعمل على تثبيته . وان تعديل هذا الجانب يمكنه من مقاومة المرض أو التكيف معه كما يساعده على مواجهة الضغوط الحياتية المختلفة ، تم تعريفه بالبرنامج العلاجي الذي سوف يتبع معه والحصول على موافقته المبنية على الإقتناع بفائدة ودور هذا البرنامج في التخفيف من معاناته ، وتتمثل الخطوة الثانية في تركيز الجهد على التعرف على مدى إستجابة العميل لهذا البرنامج العلاجي ، حيث تتحدد فعالية العلاج إلى حد كبير بمدى الإستجابة ، فقد يكون البرنامج العلاجي فعالا مع بعض الأفراد ولا يكون كذلك مع بعضهم الآخر ، ويذهب البعض إلى القول أن بعض البرامج العلاجية الفعالة قد تقود إلى نتائج سلبية بالنسبة لبعض المرضى .

أما الخطوة الثالثة فتتمثل في العمل على إقناع العميل بضرورة المشاركة الفعلية النشطة والفعالة في تنفيذ البرنامج العلاجي والعمل على التأكيد على قدرة العميل على إحداث التغييرات الإيجابية وذلك عن طريق التركيز على تدعيم تقييمات العميل الإيجابية حول ذاته وحول المحيط والعالم بعد أن تتم مساعدة العميل على التخلص من التقييمات السلبية ، فضلا عن ضرورة العمل على تدعيم الفعالية الذاتية للعميل مع التركيز على مستوى التوقع الفعال الذي أثبتت دراسات عديدة منها دراسة هلرويد وجماعته " Holroyd & al " عام 1991 التي بينت أن معتقدات الفعالية الذاتية تعتبر عاملا مهما في إحداث الإضطراب وفي القضاء عليه أو الشفاء منه وهكذا من الضروري أن يتركز جهد الممارس العيادي على تدعيم هذه التوقعات الإيجابية ليكتسب العميل القدرة على التحكم في مواقف الضغط التي يتعرض لها خلال مسار حياته ، ولعل ذلك يزوده بالمهارات التي تمكنه من التصدى للمشكلات بفعالية ونجاح " Coping Skills " .

وتتمثل الخطوة الرابعة في العمل الدائم والمستمر على تعزيز وتدعيم كل المظاهر الإيجابية التي تظهر على العميل مهما كانت بسيطة بالإضافة إلى ضرورة تركيز العمل على التعرف على قوى العميل وإمكاناته الذاتية للإستفادة منها وتوظيفها في البرنامج العلاجي .

أما الخطوة الخامسة فهي تتركز في بذل جهود مكثفة بإتجاه التقييم المستمر لستراتيجيات العلاج وتقنياته للوصول إلى أكثر هذه الستراتيجيات والتقنيات نجاعة في التخفيف من معاناة الإنسان وتذليل صعوبات تكيفه . على أن يكون هذا التقييم موضوعيا خاليا من أي تزمت مرضي يجعل الممارس العيادي لا يرى فوائد الستراتيجيات والتقنيات التي لا يؤمن بتوجهاتها النظرية كما يقف حائلا دون تعرفه على هذه الستراتيجيات ، فلا بأس أن ينتمي العيادي لتوجه نظري معين شريطة أن يتمتع بسعة الأفق ومرونة التفكير التي تجعله يستفيد من كل جديد يدخل في إطار الطريقة العلمية ويفتح أمامه الطريق إلى نور العلم وتجلياته .

ولعل هذا النموذج التصوري يفتح آفاقا جديدة لبحوث يمكن أن تختبر مدى فعاليته ونجاحه في القضاء على مثل هذه الإضطرابات أو في التخفيف منها .

المراجع العربية

1 – جان لابلانش و ج . ب بونتاليس ، ترجمة الدكتور مصطفى حجازي – مصطلحات التحليل النفسي – ديوان المطبوعات الجامعية – الجزائر – 1985 .

2 – غريب عبد الفتاح غريب – مقياس بك للإكتئاب – مكتبة النهضة المصرية . القاهرة – 1985 .

3 – محمد الحجاز – الطب السلوكي المعاصر . دار العلم للملاين – بيروت – 1989 .

4 - ALEXANDER - F ; (1950).Traduction française (1962)
La medecine psychosomatique - PARIS - PAYOT .

5 - ALHADEFF - BW ; (1983) - La précision de l'investigation psychologique garante de l'éfficacité en psychothérapie - annales médico psychologiques , 141 , 6 , 591- 592 .

6 - AMERICAN Psychiatric Association (1989) -Traduction coordonnée Guelfi ; D.S.M.IIIR PARIS - MASSON .

7 - ANZIEU - A & al ; (1983) Contrôle de l'efficacité des psychothérapies chez les enfants - annales médico - psychologiques , 141 , 6 , 664 - 667 .

8 - AUTRET - A ; (1990) - Les céphalées inhabituelles - la revue du praticien , 5 , 411 - 413 .

9 - BAK... - M ; (1979) - Psychology and medecine - NEW - YORK SPINGE... publishing company .

10 - BANDURA - A ; (1989) , Perceived self efficacy in the Exercise of Personal zgency - the psychologist , 2 , 10 , 461 - 423 .

11 - Beck - AT ; (1985) - Anxiety discorders and phobias . A cognitive prespective - NEW - YORK - Basic books .

12 - BELLACK & HERSEN ; (1988) - Behavioral assessment , NEW - YORK pregnon press .

13 - BERDAH - S ; (1983) - Le fétichisme de la durée comme critere d'efficacité des psychotérapies - annales médico-psychologiques , 141 , 6 , 645 - 646 .

14 - BERGERET - J ; (1986) - Psychologie pothologique . PARIS - Masson .

15 - BLANCHARD-EB ; Hillouse - J ; appelbavm - KA ; Jaccard - J ; (1987) - Wat is an adequate length of basclinc in research and clinical practice with chronic headache ; biofeed back - self - regul ; 12 ; 4 , 323 - 329 .

16 - BLANCHARD - EB ; Appelbaum - KA ; Gaurnieri - P ; NEFF-DF ; Andrasik - F and al ; (1988) - Two studies of the long term follow-up of minimal therapist contact treatments of vascular and tension headache - J . Cons . clin . psych ; 56 , 3 , 427 - 432 .

17 - BLANCHARD - EB ; Morill - B ; Wittrock - DA ; Scharff - L ; Jaccard - J ; (1989) - Hand temperature norms for headache , hypertension , and irritable bowel syndrome - biofees back - Self - regul . ; 14 , 4 ; 319 - 331 .

18 - BLANCHARD - EB ; Appelbaum - KA Radnitz - CL ; and al ; (1990) - A controlled évalluation of thermal biofeed back and thermal biofeedback combinrd with cognitive the treatement of vascular headache - J . Cons ; clin-psych , 58 , 2 , 216 - 224 .

19 - BLANCHARd - EB ; Appelbaum - KA ; Nicholson - NL ; Radnitz - CL ; Morill - B ; (1990) - A controlled évaluation of the addition of cognitive therapy to a home-Based biofeedback and relaxation treatment of vascular headache . - Headache , 30 , 6 , 371 - 371 .

20 -BLANCHARD - EB ; Appelbaum - KA ; Radnitz - CL ; & al ; (1990) - placedo controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and the relaxation comined with cognitive therapy in the treatment of tension headache . - J Cons . Clin . Psych . 58 , 2 , 210 - 215 .

21 - BLANCHARD - EB ; Nicholson - NL ; Taylor - AE (1991)) therole of regular practice in the relaxation of tension headache . - J . Cons . Clin . Psych . , 59 , 3 , 467 - 470 .

22 - BLANCHARD - EB ; Steffeck - BD ; Jaccard - J . Nicholson - NL ; (1991) - Psychological changes accompaying non - pharmocalogical treatment of chronic headache ; the effects of out come . - Headache , 31 , 4, 249 - 253 .

23 - BONIS - M ; (1987) - Perssonnalité , anxiété et depression in Darcourt-G & Pringvey - D . PARIS . Ellipses PP . 95 - 120 .

24 - BUGARD - P ; & al ; (1974) - Stress , fatigue et depression - T . I - T . II - PARIS - DOIN .

25 - COHEN - M5 ; (1978) - Psychophsiogical study of headache - is there similarity Belween migraine and muscle contraction headache . Headache , 18 , 4 , 189 - 196 .

26 - Cottraux - J ; (1973) - La psychosmatique n'exite pas l'avenir d'une desillusion - psychologie médicale 5 , 2 , 329 - 344 .

27 - Cottraux - J ; (1978) - Les thérapies comportementales , stratégies du changement - PARIS - Masson .

28 - Cottraux - J ; (1983) - " Psychosmatique " et medecine comportementale - PARIS - Masson .

29 - Crocq - & al ; (1974) Stress et nérvose traumatique in bugard - P (stress , fatigue et depression . T . II . pp 17 - 48) PARIS - Doin .

30 - Darcourt - G & Pringuey - D ; (1987) . - Anxieté , depréssion - rupture ou continuité ? PARIS - ellipses - Marketing .

31 - DAVISON - GC ; NEALE - J . M ; (1986) - Abnormal psychology . U.S.A . John wily & sons press .

32 - Delongis - A ; Folkman - S ; Lazarus) RS (1988) - the impact of daily tress of health and mood : psychological and social ressources as mediators. J . pres . Soc . Psych . 54 , 3 , 486 - 495 .

33 - Demjen - S ; Bakal - DA ; Dunn - Be ; (1990) cognitive correlates of headache intensity and duration . Headache , 30 , 7 , 423 - 427 .

34 - Donias - SH ; and al ; (1991) - Differential emotional precipitation of migraine and tension - type headache attacks - cephalagia , 11 , 1 , 47 - 52 .

35 - Durant - RH ; Tay - S ; Jearath - R ; Fink - S ; (1988) - The influence of anxiety and lows of control on qdolescents reponse to naproxen sodium for pain . J . Adoles . Health - care , 9 , 5 , 424 - 430 .

36 - Elkind - AH ; (1991) - Drug abuse and headache . Med . Clin . North . am , 75 , 3 , 713 - 732 .

37 - Ey H ; Bernard P ; Brisset C ; (1978) - Manuel de Psychiatrie - PARIS - MASSON .

38 - Fontaine - O ; (1978) - Introduction aux thérapies comportementales - Bruxelles - Mardaga .

39 - Fontaine - O ; Cottraux - J Ladouceur - R ; (1983) - Clinique de therapie compotementale - Bruxelles - Mardaga .

40 - Fordyce W ; (1976) - Behavioral methods for chronin pains and illness) St Louis - Mosby .

41 - Forsterling - F ; & al ; (1988) Situations and the evaluations of reqctions . J . Person . Soli . Psych. 58 , 8 , 225 - 232 .

42 - Freud - S ; (1895) - Nervose , psychose et perversion (traduction française de J . Laplanche . 1973) PARIS - PUF -

43 - Freud - S ; (1917) - Introduction à la psychanalyse (trad français 1961) - PARIS - PAYOT -

44 - Freud - S ; (1923) - Essais de psychanalyse - (trad français 1981) - PARIS - PUF -

45 - Freud - S ; (1926) - Inhibition , symptome et angoise (trad française 1965) - PARIS - PUF -

46 - Friedman - AP , (1986) - Assessement of fiorinal with codeine in the treatment of tension headache - Clin . Ther , 8 , 6 , 703 - 721 .

47 - Geissmann P ; durand de Bousingen - R ; (1980) - Les méthodes de relaxation - Bruxelles - Mardaga .

48 - Goodhart - DE ; (1986) The effects of positive and négative thinking of performance in achievment situation . J . Pres . Soc . Psych . , 51 , 1 , 117 - 124 .

49 - Griffiths - D ; (1981) Psychology and medecine - England - The british psychology society .

50 - Groddeck - G ; (1923) Au fond de l'homme : Cela - (trad . français 1963) - PARIS - GALLIMARD .

51 - Haynal - A ; Pasini N ; (1984) - Abrégé de medecine psychosmatique - PARIS - MASSON -

52 - Hedge - MN ; (1987) Clinical research in communicative disorders - principles and Strategies - Boston - Masschussettes - College hill press .

53 - Held - RR ; (1968) . De la psychanalyse à la psychosmatique - PARIS - PAYOT -

54 - Held - RR ; (1977) . Psychothérapie et psychanalyse - PARIS - PAYOT .

55 - Henry - P ; (1990) . Céphalées de tension rt céphalées psychogénes - La revue du prat ; 5 , 403 - 406 .

56 - Holroyd KA ; Holm - JE ; Hursey - KG ; Penzien - DB ; & al ; (1988) - Recurrent vascular headache : home based behavioral treatment versus aboritive pharmacological treatment . J . Cons . Clin . Psych , 56 , 2 , 218 - 223 .

57 - Holroyd - KA ; Nash - JM ; Pingel - J ; (1991) - A comparaison of pharmacological (Amitriplyne H C L) and Non phormacological (Cogntive - Behavioral) Thérapies for chronic tension headaches - J . Cons. Clin . Psych 59 , 3 , 387 - 393 .

58 - Hovanitz - CA ; Chin - K ; Warm - JS ; (1989) complexites in life stress - dysfunction relationships : a case in point - tension headache . J . Behav . Med , 12 , 55 - 75 .

59 - Hui - YL ; (1989) - Analysis of headache in a chinese patrient population - Ma - tsui , 27 , 1 , 13 - 18 .

60 - Iatrakis - G ; Haronis - N ; Sakellaropovlos G ; kourkoubas - A ; Gallos M ; (1986) - psychosmotic symptoms of postemenopausal women with or without hormonal treatment . Psychother . Psychosom . 46 , 3 , 116 - 121 .

61 - Intrenational headache society - (1988) céphalés , névralgies craniennes , douleurs de la face , classification et critéres diagnostiques - in la revue du prat . 1990 , 5 , 416 - 450 .

62 - Jay - GW ; Grove - RN ; Grove KS ; (1987)) Differenciation of chronic headache from non-headache pain patients using the MCMI - Headache , 27 , 3 , 127 - 129 .

63 - Jeanneau - A ; Brisset - C ; (1988) : psychothérapies de la pratique courante . E . M . C , 37 810 - C 10 - 2 - 1982 .

64 - Jones E . E ; Cumming JD ; Horowitz - MJ ; (1988) - Another look at the non specific hypothesis of therapeutic effectiveness . J . Cons . Clin Psych . , 56 , 1 , 46 - 55 .

65 - Kolb - B Wltishaw - IQ ; (1990) - Fundamentale of human neuropsychology - NEW - YORK - W . H . Freeman and company .

66 - Ladouceur - R ; Bouchard - MA ; Granger L ; (1977) - Principes et applications des thérapies bebaviorales - PARIS - Maloine -

67 - Lalive - J ; (1983) - L'efficacité des psychothérapies de la pratique courante en consultation psychiatrique - annales medico-psych. 141 , 6 , 615 .

68 - L'ecuyer - R ; (1978) - Le concept de soi . PARIS - PUF .

69 - Lewinsohn - P ; Rosenbaum - M ; (1978) recall of parental behavior by remitted depressives and non depressives . J . Per . Soc . Psych . 52 , 3 , 611 - 619 .

70 - Mark - LD ; (1988) - Self efficacy and perceived control : cognitive mediators of pain tolerance . J pers . Soc Psych 54 , 1 , 149 - 160 .

71 - Marks - G & al ; (1986) . Role of health locus of control beliefs and expectancies of treatment efficacy in adjusment to cancer . J . Pers . Soc . Psych ; 51 , 2 , 443 - 450 .

72 - Martin - N J ; Holroyd - KA ; Penzien - BD ; (1990) ; the headache - specific Locus of control scale : adaptation to recurrent headaches . Headache , 30 , 11 , 729 - 734 .

73 - Marty - P ; (1951) - Aspects psycho-dynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies - Rev . Franç. Psychanalyse , 2 , p . 216 .

74 - Marty P ; de M'uzan M . ; (1963) La pensée opératoire - Rev. Franç . Psychanalyse - 27 (Suppl .) p 345 .

75 - Marty P ; de M'uzan - M ; David - C ; (1963) - L'investigation psychosomatique - PARIS - PUF .

76 - Marty P ; (1976) Les mouvements individueles de vie et de mort : essai d'economie psychosmatique . PARIS - PAYOT .

77 - Marty P ; (1980) Les mouvements individueles de vie et de mort , T. II : désorganisations et regressions . PARIS - PAYOT .

78 - Mathew - NT ; ALI - S ; (1991) - Valproate in the tratment of persistent chronic daily headache - an open label study - headache , 31 , 2 , 71 - 74 .

79 - Mechanic - D ; (1966) - Reponse factors in illness : the study of illness behavior social psychiatry , 1 , 11 .

80 - Meichenbaum - D ; (1977) cognitive . Behavior modification an integrative approach NEW - YORK - Plenum - Press .

81 - Melzack - R ; (1990) - Des douleurs inutiles pour la science ; 150 , 24 - 312 .

82 - Meyer - P ; (1977) - Psysiologie humaine T II ; Le systéme nerveux central- la douleur - PARIS - Flammarion - .

83 - Newton - RE ; Mauruniez - J D ; Aldreice - MT ; Napoliello - M J ; (1986) - Reviw of the side effect. profile of bus pirone AM . J . Med ; 80 , 3 B , 17 - 21 .

84 - Newton - A & Johnson - D (1985) - Social adjustment and interaction after severe head injury - The british jour of clin. Psych. , 24 , 4, 225 - 234 .

85 - Nicholson - NL ; Blanchard) EB ; Appelbaum KA ; (1990) - Two studies of the occurence of psychophysiological symptoms in chronic headache patients - behav . re. ther , 28 , 3 , 195 ; 203 .

86 - PERCELL - P ; Berwick - PT Beigel - A ; (1974) - The effect of assertive training on self concept and anxiety - Arch. gen. psychi. 312 . 502 - 504 .

87 - Popper - K ; (1978) - La connaisance objective - Bruxelles complexe .

88 - Rappaport - NB ; MC Anulty - DP Waggoner - CD ; brantlry - PJ ; (1987) - Cluster analysis of MMPI profiles in a chronic headache population . J behav med , 10 , 1 , 49 , 60 .

89 - Rosenhan - D ; Seligman - ME ; (1984) abnormal psychology NEW - YORK - Norton & Campany press .

90 - Sali - A ; Gerin - P ; Peyras - JM ; Guyotat . J ; Marie Cardine - M ; A propos des échelles d'évaluation en psychothérapies - annales médico - psych. 141 , 6 , 633 - 644 .

91 - Scneider - PB ; (1976) propedeutique d'une psychothérapie - PARIS - PAYOT -

92 - Schultz - JM ; (1968) Le training autogéne PARIS - PUF -

93 - Selye - H ; (1956) Le stress de la vie (trad. Franç. 1962) - PARIS - Gallimard .

94 - Serratrice - G ; (1982) - Les migraines . PARIS - PUF .

95 - Shapiro - MB ; (1981) . Psycho - pathology. (In griffiths ed psychology and medecine , 365 - 394) England - British psychology society .

96 - Shulman - BH ; (1991) Psychiatric aspects of headache . Med. Clin North. am , 75 , 3 , 707 , ~ 5 .

97 - Sillamy - N ; (1983) . Dictionnaire usuel de psychologie - PARIS - BORDAS -

98 - Skinner - BF ; (1985) Cognitive science and behavioursism - B . J . psych . 76 , 291 : 301 .

99 - Squati - S ; Renauld - j ; (1973) Neuropsychologie de la douleur - PARIS HERMANN .

100 - Swann - WB ; Pelhan - Brett - WJR ; Chedster - TR ; (1988) - Change through paradox using self verification to alter beliefs . J . pers . soc psych . 54 , 2 , 269 - 273 .

101 -Synder - M ; Gangestard - S ; (1986) - on the nature of self monitoring : matters of assessment , matters of validity . J pers . soc . psych, 51 , 1 , 125 . 139 .

102 - SZASZ - TS ; (1977) Le mythe de la maladie mentale - PARIS - PAYOT .

103 - Williams) DE ; Thompson - JK ; Haber - JD ; Rczynski - JM (1986) MMPI and Headache : a special focus on differencial diagnosis , prediction of treatment outcome , and patient - treatment matching . PAIN , 24 , 2 , 143 - 158 .

104 - Williamso - DA ; DAVIS - CJ ; Prajher - RC ; (1988) Assessment of health related disorders (in bellack & Hersen . Eds Behavioural assessment , 396 - 440 , NEW - YORK - pergamon press .)

105 - Wing - JK ; Cooper - JE ; Sartorius - N ; (1974) . Guide pour un examen psychiatrique (trad. franç. de Timsit é al ;) Bruxelles - Mardaga .

106 - Wolpe - J ; La pratique de la thérapie comportementale PARIS - MASSON .

إستخبار تقييم الذات

" Self - Evaluation Questionnaire "

Spielberger Gorsuch and Lushene

القسم الأول

الإسم :   التاريخ :

التعليمات :

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن بواسطتها أن تصف ذاتك ، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (×) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة الآن في هذا الوقت بالذات ، ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة ، لا تضيع وقتا طويلا أمام كل عبارة ، بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل .

العبارات	مطلقا	إلى حد ما	وسط	كثيرا
1 – أشعر بالهدوء	( )	( )	( )	( )
2 – أشعر بالأمن .	( )	( )	( )	( )
3 – إنني متوتر	( )	( )	( )	( )
4 – إنني نادم	( )	( )	( )	( )
5 – أشعر بالإطمئنان .	( )	( )	( )	( )
6 – أشعر بالإضطراب .	( )	( )	( )	( )
7 – أنا قلق الآن لأنني أتوقع حدوث مشاكل أو صعوبات.	( )	( )	( )	( )
8 – أشعر براحة البال .	( )	( )	( )	( )
9 – أشعر بالقلق .	( )	( )	( )	( )
10 – أشعر بالإرتياح .	( )	( )	( )	( )
11 – أشعر بالثقة بالنفس .	( )	( )	( )	( )
12 – أشعر بأنني عصبي .	( )	( )	( )	( )
13 – إني شديد الثرثرة .	( )	( )	( )	( )
14 – أشعر بأنني شديد التوتر .	( )	( )	( )	( )
15 – إنني مستريح .	( )	( )	( )	( )
16 – أشعر بالرضا .	( )	( )	( )	( )
17 – إنني مهموم .	( )	( )	( )	( )
18 – أشعر بأنني شديد الإثارة والثرثرة	( )	( )	( )	( )
19 – أشعر بالصحة .	( )	( )	( )	( )
20 – أشعر بالفرح والسرور .	( )	( )	( )	( )

إستخبار تقييم الذات

" Self - Evaluation Questionnaire "

C . D . Spielberger

التعليمات :

إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك ، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (×) في الدائرة المناسبة التي توضح كيف تشعر عموما ، ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة ، لا تضيع وقتا طويلا ، قدم الإجابة التي تصف شعورك .

العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما
21 – أشعر بالسرور .	( )	( )	( )	( )
22 – أتعب بسرعة .	( )	( )	( )	( )
23 – أشعر وكأنني أبكي .	( )	( )	( )	( )
24 – أتمنى لو كنت سعيدا كالآخرين .	( )	( )	( )	( )
25 – أفشل في الأشياء لأنني لا أستطيع أن أتخذ القرار في الوقت المناسب	( )	( )	( )	( )
26 – أشعر بالراحة	( )	( )	( )	( )
27 – أنا هادىء ولا أنفعل بسرعة وإجتماعي	( )	( )	( )	( )
28 – أشعر بأن الصعوبات متراكمة ولا أستطيع التغلب عليها	( )	( )	( )	( )
29 – تقاقني بعض الأشياء الغير مهمة .	( )	( )	( )	( )
30 – أنا سعيد .	( )	( )	( )	( )
31 – أنا مستعد لتحمل الأشياء الصعبة .	( )	( )	( )	( )
32 – تنقصني الثقة بالنفس .	( )	( )	( )	( )
33 – أشعر بالأمن .	( )	( )	( )	( )
34 – إحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات .	( )	( )	( )	( )
35 – أشعر بالكآبة .	( )	( )	( )	( )
36 – أنا راض .	( )	( )	( )	( )
37 – تدور في ذهني أشياء تافهة تزعجني .	( )	( )	( )	( )
38 – يسيطر علي اليأس كليا .	( )	( )	( )	( )
39 – أنا شخص مستقر .	( )	( )	( )	( )
40 – وصلت إلى حالة من التوتر قضت على إهتمامي وهواياتي	( )	( )	( )	( )

مقياس روزنبرج لتقدير الذات

" The Rosenberg Self Esteem Scale "

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك ، ضع علامة(×) داخل الدائرة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارة التي تصفك كما ترى نفسك .

أجب عن كل عبارة بصدق ، ليست هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة ، العبارة تصف نفسك كما تراها أنت وليس كما يرغب الآخرون أن تكون ، يجب إن تفكر في كل عبارة على إنفراد وأن تجيب بسرعة ، كن دقيقا في إختيار مدى موافقتك على العبارة .

هناك أربع دوائر أمام كل عبارة ، إختر الدائرة التي تنطبق عليك تماما .

العبارات	أرفض تماما (1)	أرفض دون حماس (2)	أوافق دون حماس (3)	أوافق تماما (4)
1 – أنا راض عن نفسي على العموم .	( )	( )	( )	( )
2 – أفكر أحيانا بأنني لست كفؤا على الإطلاق .	( )	( )	( )	( )
3 – أشعر أن لدي عددا من الخصائص الجيدة .	( )	( )	( )	( )
4 – أنا قادر على القيام بالأشياء مثلما يستطيع ذلك معظم الناس الآخرين .	( )	( )	( )	( )
5 – أشعر أحيانا بأنني شخص غير نافع – عديم الفائدة	( )	( )	( )	( )
6 – أشعر بأنني لا أملك ما أفخر به .	( )	( )	( )	( )
7 – أشعر بأن لي قيمة ، في الأقل بمستوى قيمة الآخرين	( )	( )	( )	( )
8 – أتمنى لو إستطعت إحترام نفسي أكثر .	( )	( )	( )	( )
9 – أميل إلى الشعور بأني فاشل .	( )	( )	( )	( )
10 – لدي إتجاه إيجابي نحو نفسي .	( )	( )	( )	( )

مقياس شيرير لفعالية الذات

" The Sherer General Self - Efficacy Scale "

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك ، ضع علامة(×) داخل الدائرة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارات التي تصفك كما ترى نفسك .

ليست هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة ، أجب عن كل عبارة على إنفراد و بسرعة ، هناك أربع دوائر أمام كل عبارة ، إختر الدائرة التي تنطبق عليك تماما .

1 – أرفض تماما . 2 – أرفض " دون حماس " .

3 – أوافق " دون حماس . 4 – أوافق تماما .

العبارات	أرفض تماما (1)	أرفض دون حماس (2)	أوافق دون حماس (3)	أوافق تماما (4)
1 – عندما أضع الخطط ، أستطيع تنفيذها دوما .	( )	( )	( )	( )
2 – إحدى مشكلاتي هي أنني لا أستطيع أن أركز في عملي عندما يجب علي ذلك .	( )	( )	( )	( )
3 – إذا لم أتمكن من أداء عمل ما عند المرة الأولى فانني أستمر في المحاولة حتى أقوم به .	( )	( )	( )	( )
4 – عندما أحدد لنفسي أهدافا هامة ، نادرا ما أحققها .	( )	( )	( )	( )
5 – أنا أترك الأشياء قبل إتمامها .	( )	( )	( )	( )
6 – إني أتجنب مواجهة الصعوبات .	( )	( )	( )	( )
7 – أنا لا أكلف نفسي عناء المحاولة عندما أواجه شيئا معقدا .	( )	( )	( )	( )
8 – عندما يكون لدي عمل منفر – غير ممتع فإنني أصر على إتمامه .	( )	( )	( )	( )
9 – عندما أقرر القيام بعمل ما أقوم بتنفيذه مباشرة .	( )	( )	( )	( )
10 – عندما أحاول أن أتعلم شيئا جديدا ، فإني أتخلى عنه في الحال إذا لم أنجح فيه عند البداية .	( )	( )	( )	( )
11 – عندما تظهر مشكلات غير متوقعة في حياتي ، فإنني لا أتمكن من معالجتها .	( )	( )	( )	( )

العبارات	أرفض تماما (1)	أرفض دون حماس (2)	أوافق دون حماس (3)	أوافق تماما (4)
12 – إنني أتجنب محاولة تعلم الأشياء الجديدة عندما تبدو صعبة لي .	( )	( )	( )	( )
13 – الفشل يدفعني إلى العمل بإجتهاد أكبر .	( )	( )	( )	( )
14 – أنا أشعر بعدم الإطمئنان في قدرتي على عمل الأشياء .	( )	( )	( )	( )
15 – أنا شخص أعتمد على نفسي .	( )	( )	( )	( )
16 – أنا شخص أتراجع بسهولة .	( )	( )	( )	( )
17 – أنا لا أبدو قادرا على التعامل مع معظم المشكلات التي تحدث في الحياة .	( )	( )	( )	( )

مقياس بيك " Beck " للإكتئاب

إعداد

الدكتو .غريب عبد الفتاح غريب
كلية ربية - جامعة الأزهر
قسم الصحة النفسية

الإسم : تاريخ الميلاد والسن :

المستوى التعليمي : تاريخ اليوم :

بيانات أخرى :

تعليمات :

في هذه الكراسة مجموعات من العبارات ، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدة ، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (. أو 1 أو 2 أو 3) والتي تصف حالتك الأسبوع الحالي بما في ذلم اليوم .

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل إن تختار واحدة منها ، وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات .

1 – . أنا لا أشعر بالحزن .

1 أنا أشعر بالحزن والكآبة .

2 أنا مكتئب أو حزين طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة .

3 أنا حزين أو غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك .

2 – . أنا لست متشائما على وجه الخصوص ، أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل

1 أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع .

2 أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل .

3 أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن .

3 – . أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل .

1 أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط .

2 كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء ، كل ما أستطيع أن أراه في حياتي .. الكثير من الفشل

3 أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد ، والدة ، زوج ، زوجة) .

4 – . أنا لست غير راضي .

1 أنا أشعر بالملل أغلب الوقت .

2 أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن .

3 أنا غير راضي عن كل شيء .

5 – . أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب .

1 أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت .

2 أنا أشعر بالذنب أ. ثم تماما .

3 أنا لا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة .

6 – . أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي .

1 أنا فاقد الأمل في نفسي .

2 أنا مشمئز من نفسي .

3 أنا أكره نفسي .

7 – . أنا ليست لدي أي أفكار للأضرار بنفسي .

1 أنا لدي أفكار للاضرار بنفسي ولكن لا أنفذها .

2 أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت .

3 لو إستطعت . . . لقتلت نفسي .

8 – . أنا لم أفقد إهتمامي بالناس .

1 أنا أقل إهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل .

2 أنا فقدت أغلب إهتماماتي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة إتجاههم .

3 أنا فقدت كل إهتماماتي بالناس ، ولا أهتم بهم على الإطلاق .

9 - . أنا أتخذ القرارات بنفس الجو. كما تعودت أن أتخذها من قبل .

1 أنا أحاول تأجيل إتخـ ـرارا. .

2 أنا لدي صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات .

3 أنا لا أستطيع إتخاذ أي قرارات بعد الآن .

10 - . أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوء مما إعتدت أن أظهر به من قبل .

1 أنا مشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب .

2 أنا أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة .

3 أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر .

11 - . أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل .

1 أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء .

2 يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء .

3 أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق .

12 - . أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل .

1 أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل .

2 أنا أشعر بالإجهاد من آداء أي شيء .

3 أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء .

13 – شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد .

1 شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت .

2 شهيتي للأكل أسوء من المعتاد .

3 أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا .